FORMES CLINIQUES

DE LA

TUBERCULOSE MILIAIRE DU POUMON



FORMES CLINIQUES

DE LA

TUBERCULOSE MILIAIRE

DU POUMON

THÈSE

PRÉSENTÉE AU CONCOURS POUR L'AGRÉGATION

(SECTION DE MÉDECINE ET DE MÉDECINE LÉGALE)

ET SOUTENUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PAR

LE Dr MAIRET

Médecin-adjoint à l'Asile des Aliénés de Montpellier, etc



PARIS

LIBRAIRIE GERMER BAILLIÈRE ET Cie

103, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, AU COIN DE LA RUE HAUTEFEUILLE

1878

TABLE DES MATIÈRES

TROISIÈME PARTIE

TUBERCULOSE MILIAIRE DU POUMON CHRONIQUE

QUATRIÈME PARTIE

TUBERCULOSE MILIAIRE DU POUMON SECONDAIRE

Mayenne. Imp. A. DERENNE. — Paris, boulevard Saint Michel, 52.

AVANT-PROPOS

L'étude des formes cliniques de la tuberculose miliaire du poumon soulève certaines questions qui nous paraissent devoir être résolues tout d'abord.

Ces questions se rattachent à la maladie elle-même, la *tuberculose miliaire*, au produit anatomique le plus important de cette maladie, le *tubercule miliaire*, et enfin à la manière dont nous devons comprendre la *tuberculose miliaire du poumon*.

Il est inutile de dire que nous n'envisagerons l'étude de ces divers objets qu'autant qu'elle pourra nous être utile et pour comprendre notre sujet et pour établir les *formes cliniques de la tuberculose miliaire du poumon*.

I. Tubercule miliaire. — Le mot de tubercule miliaire porte en lui-même, pour ainsi dire, sa description macroscopique; c'est un petit nodule, habituellement arrondi, ayant à peu près le volume d'un grain de millet, mais pouvant être beaucoup plus petit et ne pas dépasser un diamètre de un vingtième de millimètre, d'une consistance variable, parfois fibreuse, et qui se présente sous des états différents, suivant ou non que prédomine dans son intérieur la dégénérescence caséeuse : état transparent, état blanchâtre, état jaunâtre.

Ce petit corps offre-t-il toujours une structure anatomique identique, ou bien peut-il se présenter à l'examen microscopique sous des aspects différents ? C'est là une question qui, à notre point de vue, nous semble assez importante, et sur laquelle je demande la permission de jeter un rapide coup d'œil.

Et tout d'abord, il nous paraît inutile d'insister sur la transforma-

tion possible en substance caséeuse du tubercule miliaire; tout le monde l'admet; nous n'en dirons que quelques mots tout à l'heure.

Mais il est une transformation sur laquelle les auteurs n'ont pas, à notre avis, suffisamment insisté, et qui mérite peut-être dans la science une place plus large que celle qu'on lui a faite : c'est la transformation fibreuse.

Il faut remonter à Bayle pour avoir les premiers éléments précis sur cette question.

Au nombre des phthisies admises par cet auteur, il en est deux qui doivent plus particulièrement attirer notre attention, la *phthisie tuberculeuse* et la *phthisie granuleuse*.

La première est constituée au point de vue anatomique par des tubercules, dont le volume varie depuis celui d'un grain de millet jusqu'à celui d'une châtaigne. — Les tubercules miliaires sont généralement excessivement nombreux; les autres le sont d'autant moins qu'ils ont plus de volume, mais les uns et les autres se « ramollisent dans leur centre, se transforment en une matière purulente, grumeleuse, et à la fin sont complétement détruits par la suppuration » (1).

Dans la seconde, dans la phthisie granuleuse, les poumons sont « farcis de granulations miliaires, transparentes, luisantes, quelquefois marquetées de lignes ou de points noirs et brillants. Ces granulations paraissent de nature et de consistance cartilagineuse ; leur volume varie depuis la grosseur d'un grain de millet jusqu'à celle d'un grain de blé ; elles ne sont jamais opaques ; elles ne se fondent pas. Ces divers caractères les distinguent parfaitement des tubercules miliaires, qui ont le même volume, mais qui sont toujours gris ou blancs et opaques, et qui finissent par se fondre en totalité » (2).

Bayle admet donc que la phthisie, que la consomption pulmonaire peut être due à deux espèces de granulations, ayant entre elles de nombreuses analogies de forme, de volume, mais se distinguant nettement l'une de l'autre et par leur aspect extérieur et par les transformations que subit l'une d'elles, le tubercule miliaire.

(1) Bayle. Recherches sur la phthisie pulmonaire. 1810, p. 22.

(2) Bayle. Loc. cit., p. 26.

Laënnec rejette la distinction admise par Bayle, et c'est, d'après lui, à une observation insuffisante qu'il faut attribuer l'opinion de ce dernier auteur, qui a été trop frappé des caractères extérieurs des granulations; car, dit-il, «en les examinant avec attention, on peut se convaincre que ces granulations se transforment en tubercules jaunes et opaques; » elles ne sont donc qu'une variété du tubercule miliaire.

« Les granulations grises, ajoute Laënnec, sont demi-transparentes, quelquefois même presque diaphanes et incolores, d'une consistance un peu moindre que celle des cartilages ; leur grosseur varie depuis celle d'un grain de millet jusqu'à celle d'un grain de chènevis ; leur forme, obronde au premier coup d'œil, est moins régulière quand on l'examine de près à la loupe. »

Plus loin, Laënnec montre les granulations grises qui se transforment : « Un petit point d'un blanc jaunâtre et opaque se développe au centre de chacune d'elles, et, gagnant du centre à la circonférence, envahit la totalité du tubercule ; à mesure qu'il grossit, on distingue très-bien les petits points jaunes indicateurs des centres de chaque tubercule isolé et la zone de matière grise non encore envahie qui les entoure » (1).

Cruveilhier (2) appelle les granulations de Bayle des granulations de guérison, et voici comment il s'exprime à leur égard :

« Les *granulations miliaires de guérison* sont de petits grains durs constitués par un kyste fibreux relativement très-épais, contenant une matière dure semblable tantôt à du mastic de vitrier desséché, tantôt à une matière crétacée pulvérulente. Chaque granulation miliaire de guérison est donc enkystée, et le kyste est formé par la vésicule pulmonaire considérablement épaissie et transformée en tissu fibreux. Les granulations miliaires de guérison sont presques toujours mélaniques avec diverses nuances.

« *Granulations mélaniques de guérison.* Les poumons des vieillards présentent le type des granulations mélaniques de guérison. On les rencontre souvent en grand nombre, disséminées ou groupées au

(1) Laënnec. Traité de l'auscultation.

(2) Cruveilhier, *Anat. pathologique gén.*, t. IV, page 616, 617.

milieu d'un tissu pulmonaire bleu ardoisé foncé, perméable ou imperméable à l'air. Ces granulations mélaniques de guérison sont extrêmement dures, si bien que le scalpel promené à leur surface ne les entame que difficilement. »

Virchow (1) donne de la granulation fibreuse une assez bonne description et la regarde comme un tubercule miliaire : « La structure essentiellement cellulaire du tubercule se retrouve partout où on l'examine arrivé à parfait développemeut. Seulement, il n'atteint pas partout ce degré de perfection, comme on le voit notamment dans les parties solides, fibreuses, assez souvent dans les masses de tissu connectif de nouvelle formation. Dans ces cas, une grande partie, peut-être une assez grande partie du petit nodule se compose d'un tissu connectif dense dont les cellules sont un peu plus nombreuses et ont souvent plusieurs noyaux plus petits ; leur centre seul arrive à un développement plus avancé. Ces tubercules plus *fibreux* se distinguent par leur dureté, leur aspect gris clair, perlé, plus transparent, des tubercules plutôt *cellulaires*, plus mous, un peu troubles, d'un gris blanchâtre : on serait souvent embarrassé de savoir s'il faut les regarder en général comme des tubercules, si leur concomitance avec des tubercules plus mous, et leur tendance à la dégénérescence caséo-graisseuse ne les en rapprochaient singulièrement. »

Toutefois, il est un tubercule, le tubercule enkysté de Laënnec, que Virchow nous semble avoir complétement méconnu en le regardant comme de la *péribronchite*.

Tous les auteurs cependant ne sont pas d'accord. C'est ainsi que Rindfleisch (2) regarde le tubercule fibreux comme étant dû à une *lymphangite noueuse*. M. Thaon nous paraît avoir définitivement tranché la question. Après une description microscopique du tubercule fibreux ayant pour but de démontrer à quoi tient la différence d'aspect qui existe parfois entre les granulations fibreuses dont les unes sont translucides et les autres plus opaques ; après avoir démontré que cette différence d'aspect tient à ce fait que dans les granu-

(1) *Traité des tumeurs*, T. III, p. 86, 87.

(2) Traité d'histologie pathol., p. 427.

lations translucides, la partie caséeuse centrale, comprimée de toutes parts par le tissu fibreux qui s'organise, a été résorbée ; M. Thaon s'exprime ainsi :

« A l'aide du microscope, on peut encore établir le développement de ces granulations : nous avons des préparations, sur lesquelles on voit des alvéoles pulmonaires, envahis par une granulation ordinaire ; — à côté, on aperçoit d'autres granulations, déjà entourées par des alvéoles en partie affaissés, et en partie remplis par des éléments sarcomateux, qui dérivent de la prolifération de l'épithélium pulmonaire ; — enfin plus loin on voit ce tissu sarcomateux, transformé en tissu fibreux complet. — Il peut même arriver que l'on puisse saisir sur une même granulation cette série de lésions, disposées en zones concentriques. Mais il n'y a encore rien ici qui puisse rappeler le tissu lymphatique, et nous ne saurions admettre, comme l'ont soutenu E. Wagner et Schüppel, qu'il y ait ici *tubercule cytogène* (1). »

Ainsi la granulation fibreuse est bien un tubercule. Mais M. Grancher va plus loin que les auteurs précédents. C'est son opinion que nous avons actuellement à examiner, et c'est à lui que nous demanderons le mode d'évolution du tubercule. Mais qu'il me soit permis tout d'abord de remercier le savant Professeur Agrégé, et de l'accueil sympathique qu'il m'a fait, et de la libéralité avec laquelle il a bien voulu me confier la partie, encore inédite et concernant mon sujet, de son mémoire en voie de publication dans les Archives de Physiologie (2).

« Pour moi, dit M. Grancher, j'ai dit et répété dans mes conférences d'histologie du laboratoire des Hôpitaux, que non seulement le tubercule miliaire peut guérir par sclérose, mais j'ai établi comme une loi d'évolution du tubercule sa transformation scléreuse dans un temps donné. Toute granulation qui se développe lentement devient fibreuse et guérit, c'est-à-dire se transforme en un produit anatomique scléreux et inoffensif.

(1) Thaon. Recherches sur l'anatomie path. de la tuberculose. Th. de Paris, 1873, p. 24-25.

(2) Grancher. Tuberculose pulmonaire. In Arch. de phys., p. 1. 1878.

« Et c'est pourquoi j'ai proposé d'appeler le tubercule une néoplasie fibro-caséeuse. »

Et plus loin, après avoir rappelé l'opinion de Virchow que nous citions tout à l'heure, M. Grancher ajoute :

« Je ne crois pas que Virchow ait ici rencontré la vérité. Le tubercule *fibreux* ne subit pas la dégénérescence caséo-graisseuse, et il n'est pas un produit moins avancé que le tubercule *cellulaire* ; au contraire, ce nodule scléreux marque le dernier terme de l'évolution du tubercule cellulaire, lorsque l'évolution de la diathèse tuberculeuse se fait lentement et permet au tubercule de parcourir tous ses stades : embryonnaire, adulte, fibreux.

« Mais, pour bien comprendre la loi d'évolution du tubercule, il ne faut pas croire que le tubercule embryonnaire aboutisse nécessairement au tubercule fibreux ; il peut, au contraire, et c'est malheureusement le cas le plus fréquent, devenir caséeux, et conduire ainsi à la destruction plus ou moins rapide des tissus.

« Dans ce cas, les trois stades d'évolution sont les suivants : tubercule embryonnaire, adulte, caséeux.

« Il est indispensable de comparer l'une à l'autre ces deux évolutions qui peuvent se faire parallèlement chez le même individu, mais qui existent assez souvent séparées et constituent alors des types assez différents pour que Bayle s'y soit trompé et ait cru devoir décrire deux espèces de phthisie : phthisie tuberculeuse et phthisie granuleuse. Or, la première correspond à l'évolution caséeuse, la seconde à l'évolution fibreuse du tubercule ; l'une et l'autre relevant de la diathèse tuberculeuse et n'en différant que par leur évolution.

« Quels sont donc les caractères communs et les caractères distinctifs des tubercules « fibreux » et des tubercules « caséeux » ? A l'état embryonnaire, ils ont exactement la même structure, et rien ne permet de prévoir dans quel sens ils se développeront. Plus tard, quand ils sont adultes, le tubercule à tendance fibreuse correspond à la granulation grise ou tubercule miliaire gris. Il est déjà subarrondi, les cellules embryonnaires qui forment la périphérie du petit nodule s'organisent en tissu conjonctif ; le centre caséeux est relativement peu important et ne se marque que comme un point blanchâtre. — Au con-

traire, le tubercule à tendance caséeuse correspond à la granulation jaune ou tubercule miliaire jaune. — Les cellules embryonnaires de la zone périphérique sont peu nombreuses et sans trace d'organisation en tissu conjonctif; le centre caséeux forme la plus grande partie de la petite tumeur. S'il arrive, comme c'est le cas pour la pneumonie caséeuse ou tuberculeuse, que les tubercules soient confluents et d'un développement rapide, ils se fusionnent pour former le gros tubercule pneumonique; tandis que le tubercule miliaire gris, même quand il est confluent, reste distinct du tubercule voisin, et prend alors l'apparence de grappes composées de nodules ou grains tuberculeux.

« Tels sont les caractères distinctifs de ces deux tubercules miliaires : gris et jaunes. Mais ils ont le même type de structure générale : zone centrale caséeuse et zone périphérique embryonnaire avec cellules géantes. Ce sont là leurs caractères communs, et il faut y ajouter l'origine commune du tubercule embryonnaire.

« Plus tard, enfin, le tubercule miliaire gris formera le tubercule fibreux de Bayle, tandis que le tubercule miliaire jaune disparaîtra par le fait même de la caséification et de l'ulcération. »

La description qu'on vient de lire nous fait comprendre les divergences qui existent entre certains auteurs et les erreurs même que quelques-uns ont commises.

Bayle croit décrire deux produits différents : l'un, véritable tubercule, caractérise la phthisie tuberculeuse ; l'autre, de structure différente, donne lieu à la phthisie granuleuse.

Laënnec réfute la distinction de Bayle, mais il méconnaît, pour ainsi dire, le tubercule fibreux.

Virchow croit que le tubercule fibreux peut devenir caséeux, c'est-à-dire recommencer une évolution déjà achevée.

M. Grancher démontre que l'évolution fibreuse et l'évolution caséeuse sont deux évolutions forcées du tubercule ; bien entendu, si la mort du sujet ne vient pas entraver cette évolution.

II. Tuberculose miliaire. — Jusqu'à présent, loin d'élever des doutes sur la nature tuberculeuse de la granulation miliaire ordinaire, nous avons au contraire cherché à démontrer que la granulation

fibreuse devait elle aussi rentrer dans le domaine de la diathèse tuberculeuse, et cela en vertu d'une véritable loi d'évolution. C'est qu'actuellement tout le monde, croyons-nous, est d'accord sur ce point.

Une voix dissidente s'est élevée cependant il y a quelques années contre cette manière de comprendre la nature du tubercule miliaire, et il est curieux de voir que, tandis qu'en Allemagne, Virchow regardait ce tubercule comme étant le produit caractéristique de la diathèse tuberculeuse, en France, dans la patrie de Laënnec, un homme d'ailleurs fort distingué, faisait de la granulation miliaire un produit complétement étranger à la tuberculose, et la regardait comme due à une maladie spéciale, la *Granulie*.

Empis, observateur attentif et sagace, connaissait cependant très-bien les rapports intimes qui unissent la granulie à la tuberculose. Il admettait parfaitement d'un côté, que l'on voyait fréquemment, chez les malades atteints de granulie, la tuberculose se produire et donner lieu à la dégénérescence caséeuse des granulations ; d'un autre côté, il admettait aussi que la diathèse tuberculeuse est une cause prédisposante à la réalisation de la granulie, qui sévit souvent « chez des individus qui portent en eux la diathèse tuberculeuse, qui auront plus tard des tubercules ou qui en ont déjà dans quelques parties du corps. »

Mais ces rapports ne suffisaient pas à Empis.

Cet auteur, dominé bien probablement par l'idée de la spécificité anatomique du tubercule, ne s'aperçut pas que les descriptions de la granulation données par MM. Luys, Robin, Bouchut, et sur lesquelles il s'appuyait pour faire de la granulie une maladie à part, annihilaient tout simplement les opinions émises par Lebert, mais ne renversaient nullement la spécificité de la granulation tuberculeuse.

Empis ne connaissant pas suffisamment l'évolution du tubercule, et trouvant à l'autopsie des individus morts rapidement à la suite de la granulie, des granulations n'ayant pas encore subi la dégénérescence caséeuse qu'il regardait comme le caractère essentiel du tubercule, pensa que ces individus avaient succombé à une maladie spéciale, mais nullement tuberculeuse. — L'observation clinique venait, suivant

Empis, corroborer cette opinion; en effet, quelle différence entre la marche aiguë, rapide, rappelant les caractères ordinaires des pyrexies, entre l'envahissement possible, fréquent même de presque toute l'économie par le produit granulique, et cette marche naturellement lente, à envahissement progressif et local, qui caractérise la tuberculose chronique. — Aussi, s'appuyant sur l'anatomie pathologique, sur la marche et le mode d'envahissement de la maladie, sur l'étiologie même — car ici encore, Empis voyait un caractère bien tranché entre la diathèse tuberculeuse et la granulie, caractère tenant à la transmissibilité héréditaire de la première et à la non-transmissibilité de la seconde, — en s'appuyant sur ces différents faits, Empis concluait à la séparation évidente de la diathèse tuberculeuse et de la granulie. Et voici comment il comprenait cette dernière maladie :

« En terminant l'étude clinique de la granulie, on doit chercher à déterminer quelle est sa nature nosologique, et dans quelle classe de maladies ils convient de la placer.

« Par l'ensemble de ses symptômes généraux, par la rapidité de sa marche, par sa durée et par sa terminaison, la granulie est incontestablement une maladie aiguë; mais faut-il la placer dans la classe des phlegmasies ou dans celle des pyrexies ? ou bien, encore, participe-t-elle assez des unes et des autres par l'ensemble de ses caractères, pour qu'il soit à propos de lui donner une place dans ce groupe intermédiaire de maladies aiguës qu'on appelle les febri-phlegmasies?

« La détermination locale de l'affection est évidemment une inflammation; le trouble apporté à la vitalité de l'organe qui en est le support est essentiellement inflammatoire; l'hypérémie, la douleur, l'exsudation pathologique qui en résultent, sont bien les caractères propres à l'inflammation.

« Un premier point ne saurait donc être contesté : à savoir que la granulie se traduit sur les organes par une inflammation spéciale.

« Mais ce caractère de la nature inflammatoire des déterminations locales, est-il suffisant pour entraîner cette affection parmi les phlegmasies?

« Si l'on prenait exclusivement pour base de classification de la granulie, les symptômes particuliers à sa forme encéphalique la plus ai-

guë, on trouverait sans doute, dans cette circonstance, un rapport tel entre les troubles fonctionnels et l'inflammation de l'encéphale, qu'il serait difficile de se soustraire à l'idée d'une subordination directe de la maladie à la lésion inflammatoire.

« Mais, si l'on considère cette forme de la maladie dans laquelle un état typhoïde fort grave coïncide avec des lésions locales peu étendues et peu nombreuses, on sera nécessairement plus enclin à subordonner les lésions locales à l'état général, ou du moins à admettre une modification générale de l'organisme simultanée, si ce n'est antérieure, aux lésions inflammatoires.

« On la rangerait alors assez volontiers dans ce groupe de maladies aiguës dont les déterminations locales sont éminemment inflammatoires, mais qui relèvent d'un état morbide général primitif; elle se trouverait ainsi à côté de la diphthérite, de l'érysipèle, du rhumatisme aigu, de la fièvre puerpérale, etc., etc.(1).

Je n'ai pas à insister, je crois, sur l'erreur anatomique dans laquelle est tombé M. Empis, relativement à la granulation. Cette erreur ressort suffisamment de ce que j'ai dit antérieurement tant au point de vue de la structure qu'au point de vue de l'évolution du tubercule miliaire.

Il en est de même de l'objection relative à la non-transmissibilité de la granulie par hérédité.

Quant à l'opinion d'Empis sur la nature même de la granulie, cette opinion mérite de nous arrêter un instant. Empis, nous l'avons vu, plaçait la granulie à côté des maladies infectieuses, dont elle a les principaux caractères.

Ce rapprochement fait par Empis avait été déjà formulé en Allemagne par Bühl dès 1857 ; seulement ce dernier auteur envisageait la question à un autre point de vue. Tandis que, pour Empis, la granulie était une maladie primitive et infectieuse d'emblée ; pour le professeur de Munich, la tuberculose miliaire était une maladie secondaire, résultat de l'infection de l'économie par un foyer caséeux.

Cette dernière manière de voir mérite de nous arrêter un instant. Di-

(1) Empis. De la Granulie. Paris, 1865, p. 350-351.

sons tout d'abord que c'est Laënnec qui vit le premier que des lésions tuberculeuses pouvaient être consécutives à une lésion primitive :

« Il est beaucoup plus commun, dit-il, de trouver une excavation et quelques tubercules crus déjà avancés, dans le sommet des poumons, et le reste de ces organes, encore crépitants et sains d'ailleurs, farcis d'une multitude innombrable de très-petits tubercules miliaires demi-transparents, et dont presque aucun ne présente encore de point jaune central.

« Il est évident que ces tubercules miliaires sont le produit d'une éruption secondaire et fort postérieure à celles qui avait donné lieu aux excavations.

« Les résultats de l'ouverture des cadavres comparés à ceux de l'observation des malades m'ont convaincu que ces éruptions secondaires se font à l'époque où les tubercules, formés les premiers, commencent à se ramollir.

« Très-souvent, on trouve dans le même poumon des preuves évidentes de deux ou trois éruptions secondaires successives, et presque toujours alors on peut remarquer que l'éruption primitive, occupant le sommet du poumon, est déjà arrivée au degré d'excavation ; que la seconde, située autour de la première, et un peu plus bas, est formée par des tubercules déjà jaunes, au moins en grande partie, mais peu volumineux encore ; que la troisième, formée de tubercules miliaires crus, avec quelques points jaunes au centre, occupe une zone plus inférieure encore, et, enfin, que la base du poumon et son bord inférieur présentent une dernière éruption de tubercules miliaires tout à fait transparents, dont on trouve en outre quelques-uns, çà et là, dans les intervalles laissés par les éruptions précédentes.

« Les éruptions secondaires ne se bornent point au poumon. C'est encore à la même époque, c'est-à-dire au moment du ramollissement des tubercules formés les premiers, que des productions semblables se développent dans une multitude d'autres organes. »

Cette idée de Laënnec ne frappa pas ses successeurs immédiats, et c'est Bühl qui, le premier, regarda la tuberculose miliaire comme une maladie infectieuse due à la résorption par l'organisme de substances caséeuses existant dans une partie du corps. Cette manière de voir de

Bühl a trouvé de nombreux défenseurs, et il faut reconnaître que les faits d'infection locale, les inoculations, et les autopsies elles-mêmes viennent lui prêter un grand appui.

Virchow a exposé dans sa *Pathologie des Tumeurs* le mode d'extension de la tuberculose envahissant de proche en proche l'organisme et s'y propageant en suivant les voies lymphatiques. M. le professeur Lépine, dans un travail publié dans les *Archives de Physiologie* pour 1870, a signalé la propagation du tubercule à la surface de la séreuse pleurale, et le développement de granulations dans les cas où un foyer caséeux du poumon vient s'ouvrir dans la cavité de la plèvre.

Ainsi, il est un fait qui nous semble définitivement établi, c'est la possibilité de la propagation du tubercule d'un foyer caséeux vers un point circonvoisin.

Mais de ces faits à ceux énoncés par Bühl, par Virchow, par Niemeyer, par Rühle, etc., qui veulent que toute substance caséeuse puisse donner lieu à la tuberculose miliaire, il y a loin. C'est en se basant principalement sur les inoculations que ces auteurs admettent ce fait.

« Jusqu'à ces derniers temps, dit Rühl (1), cette maladie (la tuberculose miliaire aiguë) était regardée comme une phthisie aiguë, mais les résultats fournis par l'inoculation ont apporté une nouvelle manière de voir, que confirme de plus en plus l'anatomie pathologique, et qui nous oblige à regarder la tuberculose miliaire aiguë comme une maladie infectieuse, qui se produira chaque fois que des matières caséeuses seront introduites dans le torrent circulatoire. — Or, comme ces matières se produisent dans la phthisie pulmonaire, on s'explique ainsi pourquoi la tuberculose miliaire intervient à divers moments de la phthisie, qui se termine souvent par elle. »

Que la tuberculose miliaire puisse être le résultat de l'infection de l'économie consécutivement à l'inoculation de matière tuberculeuse, c'est ce qui, aujourd'hui, croyons-nous, est hors de toute contestation. Les expériences répétées de nombreux observateurs, parmi lesquels Villemin, Hérard et Cornil, Chauveau, Bollinger, etc., mettent

(1) Rühl. Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie von Ziemssen.

ce fait hors de doute; mais il ne nous semble pas en être de même de l'inoculation d'un foyer caséeux non tuberculeux, et cela malgré les expériences de Vulpian, Pidoux et Paul, Wilson Fox, Sanderson, Crocq, etc. — Chauveau a, en effet, démontré que c'était la seule matière tuberculeuse qui pouvait, étant inoculée, reproduire la tuberculose. C'est là aussi l'opinion de Köster (1), qui admet que, lorsque cette maladie se produit consécutivement à l'inoculation des produits d'un foyer caséeux, c'est qu'il existe toujours alors des tubercules dans la masse caséeuse. Il faut aussi, ce nous semble, tenir grand compte dans ces conditions des prédispositions individuelles, et remarquer que, lorsque, chez un individu, ces foyers caséeux se produisent, c'est qu'ils indiquent déjà une grande tendance vers la réalisation de la diathèse tuberculeuse.

Ce qui reste, ce nous semble, acquis à la science d'une manière évidente, c'est la possibilité de la production d'une tuberculose miliaire consécutivement à la résorption des produits d'un foyer caséeux de nature tuberculeuse. Aussi, retrouve-t-on très-souvent, chez les individus qui ont succombé à la tuberculose miliaire, des foyers caséeux qu'on peut incriminer; et il faut le reconnaître, depuis que l'attention des médecins est attirée vers ce côté, depuis qu'on recherche ces foyers avec plus de soin, on en constate le plus souvent l'existence. De nombreux cas se trouvent dans la science. Ainsi Orth (2) cite la relation de huit autopsies dans lesquelles il y avait coexistence de produits caséeux et de granulations miliaires. — Le D[r] Tuckwell (3), dans une note intitulée : *Compte rendu sommaire de huit cas de tuberculose aiguë, considérés spécialement au point de vue de la présence de centres caséeux d'infection*, rapporte huit observations de tuberculose miliaire dans lesquelles on a retrouvé des foyers caséeux. Parmi ces observations, deux surtout sont intéressantes, parce qu'on aurait pu croire tout d'abord que le foyer caséeux était enkysté de toutes parts, tandis qu'il existait une brèche à la membrane d'enveloppe qui permettait ainsi à la matière caséeuse de pénétrer dans le torrent circulatoire.

(1) Berliner olinische Wochenschrift, n° 58.
(2) J. Orth., *Ueber tuberculose.* Berlin. Klin. Wochens. 1875, n° 22.
(3) In *The Lancet*, vol. II, 1875, p. 831.

Ainsi il semble prouvé que la tuberculose miliaire peut être le résultat d'une infection de l'économie par un foyer caséeux ; et cependant, si dans les infections locales, on a pu suivre les traces anatomiques de la propagation de la substance infectante, il n'en est pas de même dans la tuberculose miliaire généralisée.

Aussi comment expliquer cette infection générale de l'économie ; c'est là chose difficile, même si l'on admet le passage dans le sang de la matière infectieuse. Quels sont les phénomènes qui se produisent alors? C'est ce qu'on ne sait absolument pas. Y a-t-il simple transport comme le pense Waldendurg, qui a pu, après avoir mélangé chez des animaux des matières colorantes à la substance inoculée, retrouver ces matières dans les granulations tuberculeuses? Mais comment expliquer par le transport seul, ces faits dans lesquels, un individu atteint, par exemple, de tuberculose des voies urinaires, est pris d'une méningite granuleuse alors que ses poumons sont sains ? (Rühle).

La tuberculose miliaire a, en effet, une grande tendance à envahir en même temps plusieurs organes, à se généraliser. Beaucoup d'auteurs pensent même que cette tuberculose ne se limite jamais à un seul organe et que, lorsqu'on trouve des tubercules dans le poumon, il en existe toujours ailleurs.

C'est-là, croyons-nous, une opinion exagérée ; les faits le prouvent ; mais, toutefois, il faut le reconnaître, souvent, à côté des lésions du poumon, on en constate dans d'autres organes, et il existe seulement dans ces cas une prédominance vers les organes respiratoires.

La grande affinité qu'a la granulie pour les séreuses, la plèvre, le péritoine, les enveloppes encéphalo-rachidiennes, le péricarde, fait que souvent on constate vers une ou plusieurs d'entre elles, des troubles divers qui reflètent naturellement cette localisation et qui, se surajoutant à ceux du poumon, aident beaucoup à établir le diagnostic.

J'attire, une fois pour toutes, l'attention sur cette tendance de la granulie à se généraliser et à porter son action, soit sur les diverses séreuses de l'économie, soit sur d'autres organes et en particulier le rein et la rate ; surtout sur la rate, où elle semble pouvoir donner lieu à deux espèces de troubles : les uns qui se rapportent probablement à la nature infectieuse de la maladie, amènent des dilatations de l'or-

gane et peuvent peut-être expliquer cette tendance aux hémorrhagies qui caractérise la tuberculeuse miliaire ; les autres qui, se rattachant au développement de nombreuses granulations du côté de cet organe et de son enveloppe, produisent, outre la dilatation de la rate, des douleurs au niveau de la région splénique.

Mais si des difficultés insurmontables à l'heure actuelle existent encore pour expliquer comment s'opère l'infection générale consécutive à un foyer caséeux, il est difficile, ce nous semble, de nier la possibilité de cette infection. Cependant il existe dans la science, et cela de l'aveu même des partisans les plus convaincus de la nature infectieuse de la tuberculose miliaire, des cas dans lesquels on n'a trouvé à l'autopsie aucun foyer caséeux.

Que conclure de ces différents faits? C'est que nous pouvons, sous beaucoup de rapports, rapprocher la tuberculose miliaire d'une maladie infectieuse. Cette maladie peut se révéler à nous : soit comme une maladie générale derrière laquelle s'effacent les manifestations locales; soit comme une maladie générale dont les manifestations locales appréciables peuvent être plus ou moins généralisées; soit enfin comme une maladie plus localisée.

Mais les faits que nous avons passés en revue plus haut nous prouvent, en outre, que la tuberculose miliaire rentre complétement dans le domaine de la diathèse tuberculeuse. Aussi voit-on, lorsque l'état général ou l'état local le lui permet, son produit anatomique suivre l'évolution ordinaire du tubercule — caséification ou sclérose, — ce même produit se compliquer des mêmes éléments, congestif ou inflammatoire, et l'état général enfin subir cette dégradation qui caractérise la consomption tuberculeuse.

C'est, en tenant compte de ces deux faits : la nature tuberculeuse de la tuberculose miliaire, et le rapprochement qu'on peut établir entre cette dernière et les maladies infectieuses, que nous pourrons arriver à établir, — autant que le permet l'état actuel de la science, encore fort incomplet, — le tableau des formes cliniques qu'elle peut revêtir en se portant plus particulièrement vers un organe, le poumon.

Ce que nous venons de dire nous dispense, ce nous semble, d'insis-

ter plus longuement sur la manière dont nous devons comprendre la *tuberculose miliaire du poumon*. Le poumon est un des organes sur lesquels la tuberculose miliaire porte le plus souvent son action, et cette localisation donne lieu, suivant les cas, à des troubles qui dominent pour ainsi dire la scène pathologique ou qui s'effacent devant l'état général.

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

Division.

Historique des différentes divisions admises par les principaux auteurs touchant les formes cliniques de la tuberculose miliaire du poumon. — Waller, Leudet, Bouchard, Bruté, Empis, Hérard et Cornil, Trousseau, Jaccoud. — Bases sur lesquelles on doit établir cette division. — Division.

Avant d'établir la divison qui nous semble la plus rationnelle des formes cliniques de la tuberculose miliaire du poumon, il nous paraît nécessaire de jeter un rapide coup d'œil sur la manière dont les auteurs les plus autorisés ont compris la question.

Seulement, il faut se souvenir que quelques-uns des auteurs, dont nous allons parler, avaient en vue la tuberculose miliaire *aiguë* envisagée d'une façon générale.

Waller (1) admettait cinq formes de phthisie miliaire :

1° A forme de typhus ;
2° — de catarrhe pulmonaire aigu ;
3° — de fièvre gastrique ;
4° — de fièvre intermittente ;
5° — de delirium tremens.

Leudet (2) fait rentrer la forme gastrique de Waller dans celle qu'il désigne sous le nom de forme latente. Il rejette, avec raison selon nous, la forme de delirium tremens parce que, dit-il, « elle ne se rencontre le plus souvent, si nous en croyons les faits cités par l'auteur à l'appui

(1) Waller, cité par Leudet, Th. de Paris, 1853.
(2) Leudet, *Recherches sur la phthisie aiguë chez l'adulte*. 1853. Th. de Paris, pages 37-38.

de sa description, que lors du dépôt de la matière tuberculeuse dans l'épaisseur des enveloppes du cerveau. »

Pour Leudet, la phthisie miliaire aiguë affecte de préférence trois formes :

1° Forme typhoïde ;
2° — catarrhale ;
3° — latente.

M. *Empis*, qui, nous l'avons vu, considère la granulie comme une maladie générale spéciale, la divise suivant qu'elle porte son action sur l'ensemble de l'économie, ou plus spécialement sur le cerveau, sur le thorax ou sur l'abdomen : d'où les formes, typhoïde, cérébrale, thoracique et abdominale. Puis, étudiant chacune de ces formes, il pense que « l'affection granulique à forme thoracique se présente à la clinique dans trois conditions différentes qu'il importe de préciser : la maladie peut s'offrir avec un ensemble de symptômes qui lui donne l'aspect tout d'abord *d'une affection générale*, *d'une pyrexie*, *d'une fièvre gastrique*, et, dans cette circonstance, ce n'est qu'au bout de quelques jours que la détermination locale du côté des organes thoraciques se manifeste. En second lieu, la maladie peut se présenter avec les caractères d'une *simple pleurésie*, affectant soit les deux côtés de la poitrine simultanément, soit un seul côté, et à laquelle, après un certain nombre de jours, viennent s'ajouter des symptômes généraux qui n'appartiennent pas d'ordinaire à la pleurésie simple, et qui sont l'expression de la maladie générale à laquelle se reliait déjà l'existence des premiers symptômes thoraciques.

« Enfin, dans une troisième circonstance qui est de beaucoup la plus commune, la forme thoracique de l'affection granulique se présente alliée à la tuberculisation plus ou moins rapide; elle constitue la forme *catarrhale* de la phthisie galopante, décrite par les auteurs, et la tuberculisation aiguë de quelques-uns (1). »

M. *Bouchard* (2) divise la phthisie granuleuse suivant que les symptômes thoraciques sont ou non prédominants, et subdivise ensuite

(1) Empis. De la Granulie, p. 170 et 171.
(2) Bouchard. Gaz. hebd. de méd. et de chir. 1867.

chacune de ces deux premières divisions, ce qui lui donne le tableau suivant :

Phthisie granuleuse	avec symptômes thoraciques peu marqués.	forme latente. forme typhoïde.
	avec symptômes thoraciques prédominants.	forme catarrhale. forme suffocante. forme pleurétique.

M. *Bruté* (1), dans son excellente thèse inaugurale, pense que la forme latente admise par M. Bouchard n'est qu'un degré affaibli de la forme typhoïde, et la forme suffocante une exagération du type catarrhal.

La forme catarrhale pourrait, au contraire, se diviser en deux variétés, suivant que domineraient les symptômes de bronchite ou de pneumonie ; et on aurait alors le tableau ainsi modifié :

Phthisie granuleuse.	avec symptômes thoraciques peu marqués.	forme typhoïde.	
	avec symptômes thoraciques prédominants.	forme catarrhale	avec bronchite. avec pneumonie.
		forme pleurétique.	

Hérard et Cornil (2) se basent, pour établir leurs divisions, sur l'intégrité ou la non-intégrité du tissu pulmonaire qui environne le tubercule. Dans le premier cas, le tissu pulmonaire conserve sa couleur, sa densité, sa crépitation normales ; abstraction faite de la granulation, il est dans l'état le plus parfait d'intégrité. Dans l'autre, le parenchyme a subi au contact de la granulation des modifications plus ou moins importantes, plus ou moins profondes : engouement pulmonaire, hépatisation, bronchite capillaire, etc.

La physionomie de la maladie est, d'après ces auteurs, très-différente dans les deux cas. Dans l'un, il y a de la fièvre ; dans l'autre,

(1) Bruté, Th. de Paris, 1868.

(2) Hérard et Cornil. De la phthisie pulmonaire, Étude anatomo-pathologique et clinique, 1867.

l'apyrexie est complète. On peut résumer ainsi leurs divisions :

Phthisie granuleuse généralisée.	Sans lésions du parenchyme pulmonaire autour de la granulation,	forme apyrétique, simple.
	avec lésions inflammatoires consécutives des poumons, bronches et plèvres.	forme le plus souvent fébrile.

Trousseau (1) divise la phthisie galopante (tuberculose miliaire aiguë) en *phthisie à forme catarrhale* et *phthisie à forme typhoïde*

M. *Jaccoud* (2) ajoute aux deux formes admises par Trousseau la *forme suffocante* :

« La tuberculose miliaire est principalement observée chez les enfants et les jeunes gens ; elle est positivement rare après vingt-cinq ans. Le tableau clinique est parfois obscurci par des symptômes nés de la granulose d'autres organes, notamment des méninges et de l'abdomen ; mais dans bon nombre de cas, la lésion des poumons est le fait primordial et dominant ; et, dans ces conditions favorables d'isolement l'observation révèle dans la maladie trois formes distinctes. Ce sont, par ordre de fréquence croissante : la *forme suffocante*, la *forme catarrhale*, la *forme typhoïde*. »

Différentes, on le voit, sont les bases qu'ont choisies les auteurs pour établir les divisions de la tuberculose miliaire du poumon ; voyons si ces divisions peuvent nous satisfaire.

Sous la dénomination de forme suffocante, M. Jaccoud comprend cette forme particulière de la tuberculose miliaire dans laquelle les phénomènes asphyxiques prédominent, sans qu'on trouve du côté de la poitrine des symptômes suffisants pour expliquer cette gène rapide de l'hématose. — Mais cette autre forme de la tuberculose miliaire revêtant l'expression symptomatique de la bronchite capillaire, n'est-elle pas aussi suffocante que la précédente ? et cependant il existe évidemment entre ces deux formes des différences, soit au point de vue clinique, soit au point de vue anatomique. Aussi nous semble-t-il peu

(1) Trousseau. Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu. 3e édition, t. I.

(2) Jaccoud. Traité de pathologie interne. 2e édition, t. II.

possible de prendre comme base d'une classification clinique l'asphyxie ou la suffocation qui peuvent se retrouver dans des cas bien différents, et accompagner des formes diverses de la tuberculose miliaire du poumon.

De plus, M. Jaccoud, sous le nom de forme catarrhale, n'étudie que la forme qui ressemble à la bronchite capillaire, tandis qu'on peut retrouver des lésions plus profondes, broncho ou pleuro-pneumonie par exemple. Mais il est une forme de tuberculose miliaire du poumon, admise par M. Jaccoud, qui doit être conservée, c'est la forme typhoïde.

Ainsi, d'une part, il ne nous semble guère possible de prendre un symptôme comme base d'une division clinique ; et, d'autre part, il nous paraît difficile de faire rentrer dans le cadre admis par le savant Professeur les différentes observations de tuberculose miliaire aiguë ; car M. Jaccoud ne considère que ce genre de tuberculose miliaire.

Ce que nous venons de dire pour la division admise par M. Jaccoud s'applique à plus forte raison à celle donnée par Trousseau.

Empis, nous l'avons vu, étudie trois formes thoraciques différentes, suivant que la tuberculose miliaire revêt la forme d'une fièvre gastrique, d'une pleurésie, ou s'associe à la tuberculose pour constituer la forme catarrhale et la phthisie galopante. Toutes ces divisions admises par Empis sont exactes ; mais elles sont évidemment, elles aussi, insuffisantes.

M. Bouchard, et c'est ce qui prouve la difficulté, dans l'état actuel de la science, d'établir sur une base solide la division des formes cliniques de la tuberculose miliaire du poumon, prend pour cela, soit un élément anatomique (forme pleurétique), soit un symptôme (forme suffocante).

MM. Hérard et Cornil divisent, on le sait, la phthisie granuleuse, suivant que le dépôt de tubercules s'accompagne ou non de congestion pulmonaire. C'est là, ce nous semble, une division essentiellement clinique : les signes physiques que nous fournira l'examen des malades, et le plus souvent, sinon toujours, les symptômes généraux, seront en effet tout différents dans l'un et l'autre cas.

Mais, ici encore, les divisions nous paraissent incomplètes ; où pla-

cerons-nous les tuberculoses à forme de pyrexie, à forme de fièvre typhoïde qu'admettait tout à l'heure avec raison M. Jaccoud ? En ferons-nous des formes dépendantes de l'inflammation locale ? Nous ne le pensons pas.

En résumé, toutes les divisions données par les différents auteurs sont incomplètes. Quelles sont donc les bases sur lesquelles nous devrons établir les *formes cliniques de la tuberculose miliaire du poumon.*

C'est en nous souvenant que la tuberculose miliaire a beaucoup d'analogie avec les maladies infectieuses; c'est en nous souvenant que la tuberculose miliaire est une manifestation de la diathèse tuberculeuse, primitive ou consécutive, peu importe, mais dont les produits sont soumis à l'évolution que nous signalions dans notre avant-propos; c'est en nous souvenant de ces faits que nous pourrons établir ces formes cliniques.

Parfois la tuberculose miliaire se révèle à nous sous forme d'une maladie générale, véritable pyrexie à déterminations locales diverses, mais pouvant porter tout particulièrement son action vers le poumon. Dans ce cas, c'est l'état général qui prédomine ; c'est lui qui attire l'attention du médecin; et la localisation pulmonaire, insuffisante pour rendre compte des phénomènes généraux, s'efface derrière eux. Or, ces symptômes généraux sont variables ; tantôt ils revêtent la forme d'une fièvre saisonnière, fièvre catarrhale, pouvant être parfois modifiée, comme nous le verrons, par l'épidémicité ou l'endémicité paludéenne; tantôt ils revêtent l'aspect d'une fièvre typhoïde, dont ils ont toute l'apparence. D'où, une première division de tuberculose miliaire du poumon, une *tuberculose miliaire à forme de pyrexie,— fièvre catarrhale, — fièvre typhoïde.*

D'autres fois, la tuberculose miliaire du poumon revêt les allures d'une maladie plus localisée, et ici alors la forme clinique de la maladie varie suivant des éléments divers, parmi lesquels trois principaux :

1° Suivant le nombre des granulations tuberculeuses et l'étendue qu'elles occupent dans le parenchyme pulmonaire ;

2° Suivant que l'élément congestif ou inflammatoire se surajoute ou non à la granulation tuberculeuse, et cela évidemment avec une intensité suffisante;

3° Suivant la structure anatomique du tubercule.

Je ne parle pas ici du siége de la granulation, car malheureusement nous ne pouvons encore rien dire de précis sur son importance au point de vue des formes qu'elle peut imprimer à la maladie.

Le nombre des granulations, l'étendue qu'elles occupent dans l'épaisseur du parenchyme pulmonaire sont deux facteurs importants au point de vue de la rapide évolution qu'affecte parfois la marche de la maladie. Et, en effet, on comprend aisément que cet envahissement total et rapide du champ respiratoire par une quantité innombrable de petits tubercules miliaires, restreigne ce champ à un point tel que l'hématose devienne insuffisante, et qu'une rapide suffocation se produise. Ce dépôt de granulations est parfois la seule altération qu'on retrouve à l'autopsie : — *forme granuleuse simple.*

Mais, le plus souvent, à la granulation se surajoutent d'autres éléments, l'élément congestif ou l'élément inflammatoire, qui impriment naturellement à la maladie une physionomie particulière qui la fera ressembler à une affection thoracique aiguë, laquelle sera différente suivant que ce seront plus particulièrement les bronches ou le tissu pulmonaire, ou en même temps le tissu pulmonaire et la plèvre qui seront atteints. D'où une nouvelle forme clinique aiguë de la tuberculose miliaire, la *forme congestive ou inflammatoire,* pouvant se subdiviser suivant que la maladie prend l'aspect d'une *bronchite capillaire,* d'une *broncho-pneumonie* ou d'une *pleuro-pneumonie.*

Parfois, souvent même, une de ces formes constitue toute la maladie, et dans ces cas, à l'autopsie des individus qui succombent, on constate des tubercules miliaires n'ayant encore subi aucune transformation.

Mais d'autres fois, si la maladie n'entraîne pas la mort, si l'individu peut résister, on voit alors disparaître les phénomènes généraux et locaux aigus; le produit tuberculeux seul persiste et subit une des transformations que nous avons signalées, trop souvent la transfor-

mation caséuse; puis de nouvelle poussées tuberculeuses peuvent se faire à des intervalles plus ou moins éloignés sous forme de tubercules épars dans toute l'étendue du poumon.

Chaque poussée granuleuse peut s'accompagner d'un cortége de symptômes identiques à eeux de la tubereulose aiguë. Puis peu à peu ees phénomènes disparaissent, et l'individu semble guéri, jusqu'à ce qu'une nouvelle poussée se fasse.

Cette scène peut se renouveler plusieurs fois ; puis une pneumonie catarrhale ou un catarrhe suffoeant emporte le malade. L'autopsie montre alors des granulations miliaires répandues dans les divers lobes, mais ordinairement plus serrées vers les sommets, où elles forment des masses caséeuses de volume notable, ou même de petites cavernes. Ces faits rattachent donc la tubereulose miliaire aux formes ehroniques nodulaires de la phthisie; mais ils sont naturellement reliés aux formes miliaires aiguës par l'ensemble des symptômes qui accompagnent ehaque poussée granuleuse, par la tendanee originelle à la généralisation, par la fréquence des eomplieations pleurétiques, méningitiques, etc...

C'est là une *forme chronique de tuberculose miliaire* que nous désignerons sous le nom de : *tuberculose miliaire tendant à la tuberculose pulmonaire chronique et nodulaire.*

Ce qui earaetérise eette dernière forme, e'est, d'une part, l'intermittence des poussées tuberculeuses, et, d'autre part, la dégénérescenee easéeuse du produit diathésique. Or, dans eertains cas, le produit formé a, dès le début, une tendanee eonsidérable vers la easéifieation. Il n'est pas rare, en effet, que dans la tubereulose miliaire, une hépatisation eompacte s'étende à tout un lobe ou à un poumon, et que les petites masses nodulaires montrent dès l'origine une tendanee à la désagrégation granulo-graisseuse de leurs éléments, au ramollissement et à la formation rapide de eavernes. Cette forme se rapproche ainsi de la phthisie galopante ; e'est eelle que nous désignerons sous le nom de *tuberculose miliaire chronique tendant à la tuberculose lobaire ulcéreuse.*

En regard de cette transformation caséeuse du tubercule miliaire, nous devons immédiatement placer sa transformation fibreuse, laquelle

imprime, comme nous le verrons, un cachet tout particulier à la maladie ; c'est la forme que nous désignerons sous le nom de : *tuberculose miliaire chronique fibreuse.*

Ces différentes formes, et plus particulièrement les formes plus localisées, peuvent être primitives ou secondaires, c'est-à-dire se produire d'emblée ou se manifester dans le cours d'une tuberculose chronique confirmée. — Bien entendu je laisse complétement de côté la théorie de Bühl ; — aussi aurais-je pu mettre l'épithète de primitive ou de secondaire à chacune de ces formes. Mais j'ai pensé que, dans une étude purement clinique, il serait bon de faire ressortir davantage la possibilité de la manifestation des différentes formes que nous avons étudiées comme consécutives à une phthisie chronique existant avec tous ses attributs, ne fût-ce que pour insister sur l'importance de cette dernière au point de vue du diagnostic.

Enfin, nous terminerons l'étude de ces formes en disant quelques mots de la tuberculose miliaire du poumon consécutive à quelques maladies infectieuses, et spécialement à la fièvre typhoïde et à la rougeole ; des considérations importantes concernant la nature même de certaines de ces granulies secondaires nous y obligent.

Cela dit, nous pouvons, ce nous semble, établir le tableau suivant :

Tuberculose miliaire du poumon aiguë	à forme de pyrexie.	à forme de fièvre saisonnière.
		à forme de fièvre typhoïde
	granuleuse simple.	
	à forme d'affection thoracique.	Bronchite capillaire.
		Broncho-pneumonie.
		Pleuro-pneumonie.
Tuberculose miliaire du poumon. chronique	Tuberculose chronique fibreuse.	
	tendant à la tuberculose chronique et nodulaire.	
	tendant à la tuberculose lobaire ulcéreuse.	
Tuberculose miliaire du poumon secondaire	à la phthisie pulmonaire chronique.	
	à des pyrexies, telles que la fièvre typhoïde, la rougeole, etc.	

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE II.

Tuberculose miliaire du poumon à forme de pyrexie.

I. — Tuberculose miliaire du poumon revêtant la forme d'une fièvre catarrhale (forme latente de Leudet, — forme revêtant l'aspect d'une fièvre gastrique d'Empis).

C'est parfois sous la forme d'une fièvre saisonnière à détermination gastrique ou pulmonaire, suivant l'époque, que se manifeste la tuberculose miliaire du poumon. Le plus souvent, il faut bien le reconnaître, cette forme catarrhale n'est qu'une forme de début, faisant place plus tard à une des formes congestives ou inflammatoires que nous décrirons dans la suite ; parfois cependant elle peut occuper tout le cours de la maladie, et rendre ainsi le diagnostic très-difficile. Voici un exemple qui nous a paru caractéristique.

Obs. I. — Il y a deux ans environ, entrait à l'hôpital St-Éloi, salle St-Lazare, 15. un jeune homme qui se plaignait de perte d'appétit, de digestions difficiles, de courbature, de faiblesse musculaire et, chez lequel on ne constatait qu'une fièvre légère, à exacerbations vespérales, sans diarrhée, sans ballonnement du ventre ni douleur à la pression, ainsi qu'une absence complète de troubles respiratoires et encéphaliques, sauf un peu de pesanteur de tête. Le malade n'accusait aucun antécédent héréditaire, ni aucune maladie antérieure. Cet état dura huit jours. au bout desquels se manifestèrent un épanchement pleurétique et une sueur profuse, mais sans que ces phénomènes modifiassent en rien l'état général. Au quinzième jour de son

entrée à l'hôpital, le malade fut pris d'une syncope mortelle en s'asseyant sur son lit pour boire un peu de tisane. L'autopsie montra un épanchement pleurétique assez abondant du côté gauche, des granulations miliaires sur les deux plèvres, et en quantité considérable dans les deux poumons. On retrouvait un semis de granulations miliaires dans le péritoine et surtout au pourtour de la rate, dont la capsule était littéralement recouverte. Dans l'excavation du petit bassin, on trouvait deux verres environ d'une sérosité jaune, claire, sans aucune trace de pus. Du côté des centres encéphaliques, il n'y avait rien de visible à l'œil nu qu'un léger épanchement sous-arachnoïdien. (1).

On comprend, à la lecture d'une pareille observation, que certains auteurs et Leudet en particulier, désignent cette forme catarrhale sous le nom de forme latente.

Rien, en effet, chez notre malade, sauf la persistance inaccoutumée de la fièvre catarrhale, ne pouvait faire supposer l'existence de granulations tuberculeuses dans l'intérieur du parenchyme pulmonaire. L'épanchement pleurétique lui-même qui, nous le verrons tout à l'heure, est un excellent signe de diagnostic, l'épanchement pleurétique ne pouvait mettre sur la voie, car lui aussi est un symptôme fréquent de l'affection catarrhale (2). Tous les signes que nous constatons sont, au contraire, ceux de la fièvre catarrhale : courbature, brisement des membres, pesanteur de tête, embarras gastrique, état fébrile à exacerbations vespérales, rien ne manque.

L'épanchement pleurétique peut être parfois beaucoup plus abondant, envahir progressivement les deux plèvres, et cependant le malade a peu d'oppression, peu de toux et peu d'expectoration; cet épanchement peut parfaitement disparaître sous l'influence d'un traitement convenable, laissant seulement après lui quelques bruits de frottement dus à des adhérences pleurales. Mais la disparition du liquide n'entraîne pas avec elle la disparition des troubles généraux ; la courbature l'anorexie, la pesanteur de tête, tous ces phénomènes persistent, preuve évidente que l'état général n'est pas subordonné à la manifestation locale.

Parfois, au lieu d'un épanchement pleurétique, on constate une

(1) Voir Gilles. — Th. de Montpellier, 1876.
(2) V. G. Dupré, Montpellier médical, 1872.

pleurite sèche, principalement marquée au sommet, ou une bronchite plus ou moins intense, mais qui, dans les formes ordinaires que nous décrivons est généralement peu marquée et se caractérise par des ronchus et des râles sibilants.

Ces phénomènes sont bien insuffisants pour mettre sur la voie de la grave affection qui emportera le malade et qui se révèlera plus tard soit sous forme d'accès de suffocation soit avec le cortége habituel de la bronchite capillaire.

On trouvera dans la thèse de M. Leudet l'observation d'une jeune fille présentant tous les signes ordinaires d'une affection catarrhale à détermination gastrique et pulmonaire et qui succomba rapidement, emportée « par un accès de suffocation avec sentiment de constriction vive dans le thorax et coloration bleuâtre de la face, accès suivi d'assoupissement et de mort. » A l'autopsie, on trouva au sommet du poumon droit une petite cavité du volume d'un gros pois contenant une matière tuberculeuse jaune, semi-molle ; le tissu qui l'entourait était dur et ferme. Tout le reste du poumon contenait un grand nombre de petits tubercules variant en grosseur depuis le volume d'un grain de blé jusqu'à celui d'une tête d'épingle ; granulations fermes, plus abondantes dans le poumon droit que dans le gauche, plus au sommet qu'à la base, par places uniquement grisâtres, demi-transparentes, un peu jaunâtres au centre, mais nulle part ramollies ; le tissu pulmonaire qui les entourait était partout crépitant, mais non friable, engoué en arrière et à la base d'une sérosité rougeâtre sanguinolente.

Ainsi, on le voit, la tuberculose miliaire du poumon peut parfois se révéler à nous sous la forme d'une fièvre catarrhale ordinaire sans détermination bien précise et cependant sous cette apparence bénigne se cache un danger réel car souvent, dans ces cas, la mort arrive rapidement, brusquement, au bout d'un temps plus ou moins long, et cela, soit, comme on l'a vu, par un amas assez considérable de petites granulations miliaires qui viennent brusquement envahir la totalité du parenchyme pulmonaire, soit à la suite d'une hémoptysie ou d'une syncope que rien à l'autopsie ne vient expliquer.

Mais il n'en est pas toujours ainsi, et cette forme catarrhale peut être la période de début d'une tuberculose miliaire à forme de bronchite capillaire, par exemple.

D'autres fois, après un certain temps tous les symptômes disparaissent, et l'individu semble complétement guéri ou bien il lui reste un peu de toux et de dyspnée que n'explique nullement l'examen local; puis se produisent de nouveaux troubles qui revêtent soit la même forme catarrhale, soit une des formes de tuberculose milliaire que nous allons rencontrer. Ces faits là sont fréquents.

J'en ai dit assez pour montrer combien est difficile le diagnostic exact de cette forme de tuberculose miliaire du poumon, et avec quelle facilité il peut échapper à l'attention du médecin même le plus expérimenté. Ce n'est évidemment pas à une tuberculose miliaire du poumon que l'on songe en voyant un malade atteint d'un léger mouvement fébrile, d'inappétence, de courbature, etc... mais bien à une maladie passagère destinée à disparaître après quelques jours de repos au lit. Cependant le médecin doit avoir son attention en éveil, quand il voit cet état général persister au delà d'une semaine, alors que sa durée est de quelques jours à peine lorsqu'il est purement saisonnier; il y a là évidemment quelque chose d'anormal. Il y a plus : la production d'épanchements pleurétiques n'ayant par eux-mêmes aucune tendance à la guérison et pouvant toutefois disparaître avec une assez grande rapidité sous l'influence des révulsifs ordinaires, la persistance des phénomènes généraux après la disparition du liquide, sont des faits de nature à éveiller les soupçons. C'est là un défaut de subordination qui constitue une anomalie. Il est en outre certains signes qui doivent tout particulièrement attirer l'attention : c'est l'existence de pleurites sèches plus marquées au sommet; ce sont des phénomènes de congestion avec douleurs à la percussion vers ces mêmes sommets, tous signes qui seront fort utiles dans l'étude de la tuberculose miliaire du poumon; c'est la disproportion qui existe souvent entre la dyspnée, qui peut être fort intense, et le peu de manifestations constatées à l'auscultation; ce sont enfin, et les antécédents héréditaires et les antécédents personnels de l'individu.

D'autres fois, le médecin sera mis sur la voie du diagnostic par la généralisation du produit tuberculeux vers plusieurs membranes séreuses, et, par ordre de fréquence, la plèvre, les méninges, le péritoine, le péricarde; ou bien surviennent des symptômes se rapportant à l'inflammation simple ou tuberculeuse des centres nerveux (cerveau et moelle) du foie, de la rate, des reins, des épiphyses des os longs et des synoviales articulaires, des organes génitaux (orchite caséeuse).

L'augmentation de la matité splénique nous paraît être un signe important au point de vue du diagnostic.

Parfois le diagnostic est encore obscurci par un nouvel élément qui vient se surajouter à la fièvre saisonnière, je veux parler de l'élément paludéen. Les faits sont assez nombreux sur le littoral méditerranéen pour que j'aie pu me demander s'il y avait là une simple coïncidence, ou bien une variété des formes cliniques de la tuberculose miliaire du poumon. Les considérations suivantes me portent à conclure à une simple coïncidence.

Je n'ai pas rencontré dans les ouvrages des auteurs qui écrivent sous un autre climat que le nôtre et non paludéen, d'observations venant corroborer celles que j'avais pu recueillir dans nos hôpitaux de Montpellier.

En second lieu, les manifestations intermittentes et rémittentes cèdent assez souvent au sulfate de quinine, et on peut retrouver dans l'étiologie de la maladie la raison de cette complication.

Enfin, un homme d'une grande valeur scientifique, observateur distingué et sagace, M. Kiener (1), qui, lorsqu'il était à Montpellier, avait pu penser aussi à une forme particulière de la tuberculose miliaire du poumon, m'écrit ce qui suit de Philippeville : « Plusieurs observations recueillies à Montpellier, et que j'avais considérées comme se rapportant à des poussées granuliques, me laissent des doutes depuis que j'ai observé, en Algérie, les formes variées des fièvres paludéennes. Un début par courbature fébrile, une fièvre paroxystique

(1) Je prie M. le Dr Kiener de recevoir ici tous mes remercîments pour les matériaux qu'il a bien voulu mettre à ma disposition.

avec symptômes cérébro-spinaux, céphalée, rêves, endolorissement musculaire, congestion de la face, épistaxis répétées, éruptions cutanées, taches ombrées, taches rosées, sudamina, diarrhée, catarrhe bronchique généralisé, persistant, inquiétant, tout cela guérit très-bien au bout de trois à six septenaires, ou bien est suivi de la série complète des manifestations de l'impaludisme confirmé. »

Ces diverses considérations nous obligent, ce me semble, à admettre une coïncidence entre l'élément intermittent ou rémittent de la tuberculose miliaire du poumon, et non une forme possible de la maladie. On peut d'ailleurs, disions-nous, retrouver parfois une cause paludéenne évidente à ces manifestations intermittentes.

Il me souvient d'un enfant de douze ans qui entra à l'hôpital Saint-Éloi, dans le service de M. le professeur Dupré, présentant les signes d'une fièvre intermittente à type quotidien. Cet enfant habitait depuis quelque temps les environs de Cette et avait pris un bain dans un étang fort marécageux, l'étang de Thau. C'est à la suite de ce bain que s'étaient manifestés les signes de l'affection intermittente; l'influence paludéenne, par conséquent, ne semble guère pouvoir être mise en doute dans ce cas.

L'administration du sulfate de quinine fit disparaître les accès, mais ne supprima pas complétement la fièvre; le soir, il existait un léger mouvement fébrile avec quelques sueurs. De plus, l'enfant était triste, il avait de l'inappétence, il maigrissait, il se plaignait de quelques douleurs de poitrine, principalement du côté gauche. Quatre ou cinq jours après l'entrée du malade à l'hôpital, M. Dupré constata un peu d'épanchement à la base; et au sommet du même côté, au-dessous de la clavicule, une légère submatité, avec quelques craquements secs. Malheureusement, le malade ne put être suivi, il quitta l'hôpital.

Quoiqu'il en soit, il nous semble que l'origine paludéenne des accès ne peut guère être mise en doute. Que ces accès aient donné un coup de fouet à une diathèse qui ne demandait qu'à éclater, c'est bien possible, je dirai même c'est certain, mais évidemment les deux choses existaient ici.

Le docteur Gilles (1) cite, dans sa thèse inaugurale, l'observation d'un malade atteint de broncho-pneumonie granulique, qui mourut rapidement emporté par une méningite cérébro-spinale de même nature, et qui eut, au cours de la maladie, des accès de fièvre intermittente, de telle sorte qu'on aurait pu se demander si la broncho-pneumonie dont il était affecté, et qui disparut assez rapidement lorsque l'élément intermittent eut été supprimé, n'était pas d'origine paludéenne. Ce malade quittait l'hôpital le 27 juin, dit M. Gilles, encore faible; mais la lésion pulmonaire était en voie de résolution complète; la diarrhée n'avait pas reparu et les manifestations paludéennes ne s'étaient pas reproduites. Le 29 juin, c'est-à-dire deux jours après sa sortie, ce malade revient avec des accidents cérébraux, et M. Combal, qui était alors chef de service, pense immédiatement à une influence paludéenne, idée toute naturelle, qui s'imposait d'elle-même, si l'on considère la rapidité avec laquelle s'étaient produits les accidents cérébraux et les phénomènes antérieurs. Le sulfate de quinine, administré par la méthode endermique, resta sans effet, et le malade mourut dans le coma le 3 juillet. L'autopsie révéla l'existence d'une méningite cérébro-spinale.

Voici comment l'affection se présenta au début :

Obs. II— Le nommé F. G., âgé de 51 ans, et menuisier de profession, entre le 20 mai à l'hôpital St-Éloi, service de M. Dupré. Ce malade est atteint d'une broncho-pleuro-pneumonie arrivée au douzième jour de son évolution. Le malade se plaint d'une sensation d'oppression considérable ; il est couché sur le dos et n'a pas d'appétit.

La poitrine présente à l'examen des râles sibilants épars à gauche; à droite, souffle avec retentissement égophonique, matité, diminution des vibrations dans le tiers inférieur, frottements à la partie moyenne ressemblant beaucoup à un râle crépitant.

Pendant les quatre premiers jours de son séjour à l'hôpital, son état général et son état local semblaient s'améliorer sous l'influence d'un traitement approprié, lorsque, le 25 mai, dix-septième jour de la maladie, il est pris d'un accès de fièvre intermittente avec frissons très-intenses, chaleur et sueurs; antérieurement il n'avait jamais eu d'accès.

M. le professeur Dupré ordonne 1 gramme de sulfate de quinine,

(1) Th. de Montpellier, 1876.

4 grammes d'extrait alc. de quinquina, à prendre en trois fois dans le courant de la matinée du lendemain.

Le lendemain. pas de fièvre; on renouvelle le sulfate de quinine.

Le 27 mai, amélioration sensible. Les phénomènes stéthoscopiques diminuent, plus de fièvre. Ce mieux se continue les 28, 29, 30, 31 mai. Le 1er juin au soir, vingt-quatrième jour de sa maladie, il a dans l'après-midi un nouvel accès de fièvre intermittente. Potion au sulfate de quinine.

Le 2, pas de fièvre.

Le 3, nouveaux accidents intermittents dans la soirée. Potion au sulfate de quinine.

Le 4, le malade est pris d'une abondante diarrhée. Cette diarrhée dure deux jours. Décoction blanche avec 2 grammes de diascordium. Le 7, la diarrhée a disparu. Grande amélioration; le malade se lève un peu dans la journée.

Cette amélioration se maintient les jours suivants, et le malade sort de l'hôpital, le 27 juin, encore faible, mais sa lésion pulmonaire étant presque complétement résolue, la diarrhée n'ayant pas reparu et de nouvelles manifestations palustres ne s'étant plus reproduites.

Nous le répétons, nous ne pensons pas que ce soit là une des formes de la tuberculose miliaire du poumon ; c'est, croyons-nous, une simple coïncidence, mais cependant de nouvelles observations doivent venir s'ajouter à celles que nous avons pu réunir pour juger définitivement la question.

En résumé, la tuberculose miliaire du poumon peut se montrer sous la forme d'une fièvre saisonnière, et, dans ce cas, le diagnostic est parfois très-difficile.

Ce diagnostic s'établit sur la persistance de la fièvre au delà de son terme habituel, sur la fréquence des manifestations pleurétiques, pleurites sèches, pleurésies séreuses, sur le défaut de relation entre l'état général et ces dernières manifestations thoraciques, sur les congestions pulmonaires du sommet du poumon avec douleurs à ce niveau, sur le manque de rapport entre les phénomènes fonctionnels et ceux qu'on retrouve à la percussion et à l'auscultation, sur les antécédents personnels ou héréditaires du sujet, enfin sur les troubles pulmonaires locaux et plus profonds qui peuvent se produire dans le cours de la maladie.

II. — Tuberculose miliaire du poumon à forme de fièvre typhoïde.

Sous ce titre, nous étudierons une forme de tuberculose qui se rapproche tellement par ses diverses manifestations de la fièvre typhoïde, que des observateurs du plus grand mérite ont pu la confondre avec cette dernière maladie, et que c'est l'autopsie seule qui leur a révélé l'erreur de diagnostic qu'ils avaient commise, en leur montrant, au lieu de la lésion caractéristique des plaques de Peyer, un dépôt de granulations tuberculeuses dans le parenchyme pulmonaire.

Il est évident, par conséquent, que nous ne nous occuperons nullement de ces cas nombreux dans la science, où, sous le nom d'état typhoïde, les différents auteurs ont simplement voulu parler de l'adynamie ou de la stupeur, éléments morbides qui peuvent se retrouver dans différentes formes de tuberculose miliaire du poumon.

La tuberculose pulmonaire étant ainsi comprise, nous pouvons nous demander à quoi il faut attribuer le développement de cet état typhoïde. Ces phénomènes sont-ils dus à l'altération pulmonaire qui environne le dépôt granulique? C'est là l'opinion de MM. Hérard et Cornil; mais, si on lit l'observation que ces auteurs donnent comme exemple de tuberculose miliaire du poumon à forme typhoïde, on ne tarde pas à voir qu'il faudrait beaucoup de bonne volonté pour confondre les phénomènes décrits par eux avec ceux de la dothiénentérie.

Dans cette observation, intitulée : Phthisie granuleuse avec pneumonie lobulaire généralisée (phthisie aiguë à forme typhoïde), on ne trouve absolument pas la période de début de la dothiénentérie. Ce qui frappe tout d'abord chez ce malade, et cela dès les premiers jours, ce sont les phénomènes d'un catarrhe pulmonaire., puis les signes objectifs et subjectifs d'une lésion très-nette de l'appareil respiratoire. Il y a déjà là une grande différence avec l'état typhoïde, et quant aux symptômes qui caractérisent cet état dans le cours de la maladie, voici ce que disent MM. Hérard et Cornil à cet égard : « Nous ne ferons

pas, jour par jour, l'énumération fastidieuse de symptômes qui ont très-peu varié. Qu'il nous suffise de dire, que pendant les deux semaines qui se sont écoulées depuis son entrée à l'hôpital jusqu'à sa mort, le malade est resté dans le même état de prostration typhoïde, prostration, cependant, qui n'était pas telle qu'il ne pût se soulever avec assez de facilité sur son séant, et que, même la veille de sa mort, il ne pût sortir de son lit pour satisfaire à un pressant besoin. Il n'y eut jamais un véritable délire.

« Toutefois, dans les dernières nuits, on remarqua une grande agitation et du trouble dans les idées, trouble qui disparaissait le matin au moment de la visite : jamais de céphalalgie vive, pas de soubresauts de tendons, pas d'épistaxis. La langue, les gencives et les lèvres présentèrent à un haut degré pendant tout le cours de la maladie un état fuligineux des plus prononcés, aussi prononcé que dans les fièvres adynamiques les plus graves : ventre légèrement ballonné et constipation opiniâtre. Les sudamina se montrèrent pendant une grande partie de la maladie, mais jamais nous ne pûmes découvrir la moindre tache lenticulaire. Le pouls oscilla entre 90 et 120 pulsations sans dicrotisme. La peau se couvrit souvent de sueurs abondantes. »

Cette observation, recueillie par des hommes de la valeur de MM. Hérard et Cornil, me semble justifier hautement la distinction que j'ai établie plus haut entre l'adynamie et la stupeur d'une part, l'état typhoïde d'autre part; car nous nous trouvons bien évidemment ici en présence d'un état adynamique.

C'est à des conditions autres que les conditions locales qu'il faupar conséquent, demander le pourquoi de cet état typhoïde ; il faut le demander soit à la nature elle-même de la maladie, soit au terrain sur lequel elle s'est greffée, soit peut-être à ces deux conditions réunies.

Comme la dothiénentérie, la tuberculose miliaire du poumon peut se révéler à nous sous la forme d'une maladie générale, derrière laquelle s'efface pour ainsi dire complètement l'élément local.

L'observation suivante prouve jusqu'à quel point la dothiénentérie et la tuberculose miliaire du poumon peuvent se ressembler :

Obs. III. — *Tirée du Traité de la granulie de M. Empis.*

Le 4 juin 1862, entrait au n° 22 de la salle Saint-Antoine une jeune fille de vingt-quatre ans, robuste, n'ayant pas de mauvais antécédents de famille. Cette malade est cuisinière; depuis dix à onze jours, elle ne se porte pas bien, mais cependant n'a cessé son travail que depuis quatre jours.

Pendant les premiers jours, elle avait du malaise, un peu de lourdeur de tête, de l'agitation la nuit; elle ne dormait pas ou rêvassait continuellement d'une façon fatigante. En outre, elle avait perdu l'appétit et se dégoûtait de tout. Malgré cet état de malaise, elle put continuer à faire sa cuisine pendant toute une semaine. Cependant, depuis quatre jours, son état s'était exaspéré ; il était survenu de la fièvre, une grande lassitude; le mal de tête était devenu intense et continuel, il s'accompagnait de vertiges et de tintements d'oreilles. La malade avait saigné du nez plusieurs fois assez abondamment, ce qui ne lui arrivait presque jamais.

Enfin, se sentant si mal portante, elle s'était décidée à entrer à l'hôpital.

Le 5 juin, à ma visite du matin, elle était dans l'état suivant : la fièvre était modérée ; la peau était chaude et sèche; pouls à 80, développé, ample et onduleux. Le teint de la malade était animé, sa physionomie exprimait une grande stupeur, elle avait l'intelligence nette et rendait bien compte de son état. Elle avait du mal de tête, qui occupait principalement les régions suborbitaires; elle avait des bourdonnements d'oreilles ; la vue n'était pas troublée, les pupilles étaient médiocrement dilatées et bien contractiles ; la malade venait d'éprouver une épistaxis. Etant assise sur son séant, elle dit que la tête lui tourne, qu'elle a des vertiges. Elle n'a pas dormi la nuit et se sent, dit-elle, très-fatiguée.

La langue est blanche, légèrement animée sur les bords et à la pointe, elle est très-collante. La malade éprouve une soif vive, elle n'a aucune envie de manger ; elle n'a ni nausées, ni vomissements ; elle a eu dans la matinée une garde-robe naturelle ; le ventre est légèrement ballonné, il est un peu sensible à la palpation, particulièrement dans la région iliaque droite, on ne détermine pas de gargouillement, malgré tout le soin que l'on apporte à en produire. La rate est légèrement augmentée de volume, et la région splénique est assez sensible à l'exploration.

Il n'y a sur la peau du ventre ni taches rosées, ni taches bleues, ni sudamina. En passant le doigt sur le ventre, la raie hypérémique (tache méningitique de Trousseau) se dessine d'une façon remarquable et aussi très-longtemps.

La miction urinaire ne présente rien de notable.

La malade tousse un peu depuis quelques jours; elle ne crache pas, et elle n'éprouve pas de douleur dans la poitrine. A l'auscultation, on entend à peine quelques râles sibilants disséminés dans la hauteur des deux côtés

du thorax. Nous avons cru a une fièvre typhoïde et c'est le diagnostic qui fut écrit sur la feuille d'observations.

On lui donna de la limonade, une bouteille d'eau de Sedlitz, des lavements émollients et des bouillons.

Les mêmes symptômes persistèrent les jours suivants, et l'état typhoïde prit de plus en plus d'intensité. La stupeur était profonde, la langue sèche et très-fuligineuse, ainsi que les dents et les gencives ; la soif était très-vive, la malade buvait beaucoup ; elle n'a pas dormi une seule fois pendant tout le cours de la maladie.

Le ventre était très notablement ballonné, sonore à la percussion, et *présentait dans toute son étendue une sensibilité plus vive que cela ne se voit ordinairement dans la fièvre typhoïde.*

La malade n'allait à la garde-robe qu'avec les lavements, qui étaient répétés deux fois par jour.

La toux persistait toujours, sans expectoration ; on entendait dans la poitrine des râles sibilants, mélangés de quelques râles humides sous-crépitants, à la base. La respiration, d'ailleurs, n'était ni lente, ni précipitée.

La peau restait sèche, et aucune tache rosée lenticulaire n'apparaissait. La tache méningitique se produisait toujours avec vivacité.)

Le pouls conservait son ampleur, mais devenait mou et sans résistance : il restait entre 88 et 90 pulsations, et était très-régulier.

Les purgatifs salins constituèrent la médication principale.

Bientôt la malade, plongée dans une stupeur profonde, fut prise de subdelirium ; les garde-robes et les urines devinrent involontaires ; la langue et les gencives s'encroûtèrent de fuliginosités ; la respiration prit plus de fréquence et de rapidité ; les râles sibilants et sous crépitants dévinrent très-abondants. Le ventre restait très-ballonné et sensible à la pression.

Il ne se développait toujours aucune tache rosée lenticulaire. On ne rencontrait d'ailleurs, chez la malade, ni contracture, ni paralysie, ni strabisme, et l'hypéresthésie n'attira notre attention que du côté du ventre.

Le pouls restait néanmoins peu fréquent ; il ne dépassa pas 90 pulsations.

Enfin, le quinzième jour, à partir du début de la fièvre et de la cessation du travail, le vingt-deuxième ou vingt-troisième jour, à compter des premiers malaises, la malade expira, sans présenter d'autres symptômes que ceux que je viens de rappeler.

Jusqu'à l'autopsie, nous restâmes convaincus que nous avions eu affaire à une fièvre typhoïde.

Autopsie. — En enlevant le cerveau du crâne, il s'écoula quelques cuillerées de sérosité sanguinolente, provenant vraisemblablement des tissus de la dure-mère, et du liquide céphalo-rachidien.

Les méninges cérébrales étaient très-congestionnées. De nombreuses arborisations vasculaires se dessinaient au-dessous de l'arachnoïde; la surface de celle-ci était collante, poisseuse; elle adhérait intimement à la pie-mère, qui était infiltrée de sérosité et très fortement congestionnée. Il n'y avait pas la moindre trace de pus ni de fausses membranes fibrineuses. On rencontrait quelques petites granulations grisâtres et peu résistantes à la base du cerveau et dans les scissures de Sylvius.

La périphérie du cerveau ne présente rien de particulier. La substance grise ne paraissait ramollie nulle part.

Les ventricules du cerveau contenaient chacun une cuillerée de sérosité transparente; leur cavité n'était pas dilatée; leurs parois étaient lisses, sans granulations. Les plexus congestionnés étaient ramassés sur eux-mêmes et un peu glutineux; ils présentaient plusieurs granulations grises transparentes de la grosseur de petits grains de millet et assez résistantes.

Le Corps calleux était très-ramolli et la voûte à trois piliers avait la consistance de fromage à la crème.

A l'ouverture du thorax, les poumons s'affaissaient peu sur eux-mêmes. Les plèvres présentaient un très-grand nombre de filaments très-ténus qui s'étendaient du feuillet pariétal au feuillet pulmonaire; leur cavité ne contenait pas de liquide; leur surface offrait une coloration rouge à la base des poumons et entre leurs lobes; elles présentaient de très-nombreuses granulations grises demi-transparentes.

Les poumons eux-mêmes étaient congestionnés et remplis de sérosité sanguinolente très-spumeuse; ils étaient criblés de petites granulations grises. Les bronches contenaient beaucoup de liquide spumeux, mais la membrane muqueuse n'offrait aucune altération appréciable. Les ganglions bronchiques étaient tuméfiés, congestionnés, ramollis, mais ils n'étaient ni tuberculisés, ni granulisés.

Cœur un peu mou. Pas de granulations au péricarde.

Péritoine criblé de petites granulations grises de la grosseur d'une pointe d'épingle à celle d'un grain de millet. Les intestins, notablement distendus par des gaz, en avaient leur surface péritonéale littéralement criblée.

Il y avait aussi de nombreux filaments celluleux extrêmement fins, qui s'étaient déjà développés entre différents points de contact de la séreuse abdominale.

La rate est grosse et recouverte de granulations fibro-plastiques; à l'intérieur, son tissu était congestionné et très-mou, il contenait aussi beaucoup de petites granulations. On en trouvait également à la surface du foie et de tous les organes tapissés par le péritoine.

La membrane muqueuse intestinale n'a rien présenté de notable; les plaques de Peyer étaient parfaitement saines.

Ce qui prédomine dans l'observation précédente, et cela pendant tout le cours de la maladie, c'est l'état général. Le développement de

la maladie s'est fait progressivement, comme dans la fièvre typhoïde, et comme dans cette maladie on retrouve des épistaxis, des vertiges, des bourdonnements d'oreilles, du ballonnement du ventre et une augmentation de la rate. — La malade tousse bien un peu, mais l'auscultation ne révèle que quelques râles sibilants disséminés.

Ces phénomènes locaux restent à peu près les mêmes, quoique les phénomènes généraux se prononcent de plus en plus et que l'adynamie et la stupeur deviennent profondes. — Aussi M. Empis est-il convaincu que sa malade est atteinte de dothiénentérie. Il est vrai que quelques symptômes manquaient : ainsi les taches rosées, ainsi la diarrhée, la malade n'allait à la garde-robe qu'avec des lavements ; il y avait bien un signe qui aurait dû attirer l'attention d'Empis, c'était la sensibilité exagérée de tout l'abdomen, mais le masque de la fièvre typhoïde existait tellement bien dans les autres détails qu'Empis n'hésite pas à voir là une dothiénentérie ; c'est l'autopsie qui vient dévoiler au médecin son erreur de diagnostic en lui montrant des tubercules miliaires criblant les deux poumons et ayant envahi aussi le péritoine.

L'observation qu'on va lire n'est pas moins nette au point de vue de l'analogie entre la dothiénentérie et la tuberculose miliaire, mais dans ce cas l'élément local prend davantage d'importance et sa présence aide à établir le diagnostic.

Obs. IV.—*Tuberculose aiguë primitive à forme typhoïde.—Mort.—Autopsie* (Laveran, Recueil de médecine militaire, 1873).

Gu..., soldat au 90e de ligne, entre à l'hôpital St-Martin le 23 avril 1870. Cet homme se dit malade depuis huit jours seulement; depuis ce temps il tousse, et c'est pour sa bronchite qu'il entre à l'hôpital. Pas d'amaigrissement notable, fièvre modérée, prostration légère, anorexie, ventre souple, indolore, pas de diarrhée. Râles sibilants et muqueux dans toute l'étendue de la poitrine, sonorité normale (potion kermétisée). Les jours suivants l'état s'aggrave, la fièvre augmente, elle est continue ; la peau est brûlante, le pouls très-fréquent. Le malade est triste, inattentif à ce qui se passe autour de lui, continuellement couché dans le décubitus dorsal. La bronchite augmente d'intensité. L'aspect du malade est celui d'un homme atteint de fièvre typhoïde à forme inflammatoire. On continue le kermès, et pour

combattre la fièvre, on donne la teinture de digitale à la dose d'un gramme d'abord, puis de deux grammes.

Le 22 mai, l'état typhoïde s'est accentué davantage; décubitus dorsal, prostration, faiblesse générale, stupeur, fièvre continue très-vive, langue rouge et sèche, dents fuligineuses, sudamina sur les parois antérieures de l'abdomen principalement. Le malade urine sous lui. Ventre légèrement météorisé, diarrhée, douleur à la pression dans la fosse iliaque droite; pas de taches rosées; dans la poitrine, râles muqueux sous-crépitants en très-grand nombre, principalement sous les clavicules. Un large vésicatoire est appliqué sur la paroi antérieure de la poitrine.

Le 23, même état, délire, langue rouge, très-sèche, diarrhée; le malade va sous lui. Le malade meurt le 26 mai dans l'adynamie la plus profonde.

Autopsie pratiquée le 27 mai.

Thorax. — Les plèvres sont parfaitement saines; il n'y a ni adhérences, ni fausses membranes à leur surface; au-dessous de la plèvre viscérale, on voit cependant un grand nombre de petits tubercules qui font une légère saillie. Les poumons sont volumineux, un peu congestionnés à la base et le long des bords postérieurs. Le parenchyme pulmonaire est criblé des deux côtés, de la base au sommet, de tubercules d'un blanc jaunâtre qui ont le volume de grains de chènevis ou de millet. Ces tubercules sont également nombreux et aussi développés à la base qu'au sommet. Pas de traces de cavernes tuberculeuses, pas de masses caséeuses anciennes. — Le péricarde et le cœur sont à l'état normal. Peu de sang dans les ventricules; pas de lésion des orifices.

Abdomen. — Le péritoine ne présente pas de traces d'inflammation ni de tubercules. La muqueuse de l'intestin grêle est un peu injectée par places sur quelques points, on voit des tubercules arrondis, isolés, qui font saillie sous la muqueuse; en aucun point ils ne sont ulcérés. Les plaques de Peyer sont parfaitement saines. La rate est volumineuse, congestionnée; à la surface, on voit un grand nombre de tubercules blanchâtres qui forment de légères saillies. Ces tubercules ont le volume d'une tête d'épingle à celui d'un grain de chènevis; sur des coupes de la rate, on voit un beau semis de tubercules: on dirait d'une étoffe rouge à pois blancs. Le foie a son volume normal; à sa surface, on voit un certain nombre de petits tubercules blanc-jaunâtres, surtout au niveau du lobe gauche; pas de tubercules à l'intérieur du foie. Les reins ne sont pas congestionnés à leur surface. Après avoir enlevé la capsule fibreuse, qui se détache facilement, on distingue un certain nombre de tubercules blanchâtres non saillants; nous en comptons huit ou dix sur chaque face des reins. A l'intérieur des reins, nous ne trouvons que quelques rares tubercules, peu éloignés de la surface, situés tous dans la substance corticale.

Encéphale. — Un peu d'œdème sous-arachnoïdien, sérosité intra-ventriculaire assez abondante. Les méninges cérébrales et spinales ne sont ni enflammées ni tuberculisées. Le long des veines de l'arachnoïde spinale existent

de petits corps blanchâtres, aplatis, assez résistants, qui présentent en moyenne le volume de lentilles ; tout autour, l'arachnoïde est parfaitement saine. J'ai trouvé cette disposition chez plusieurs autres malades : s'agit-il de tubercules de l'arachnoïde? je ne le pense pas ; ces petits corps n'en ont ni l'apparence extérieure, ni la structure histologique.

Ici encore, c'est progressivement que s'établit la maladie ; on retrouve le plus grand nombre des symptômes de la fièvre typhoïde; et si les épistaxis, par exemple, manquent, il n'en est pas de même des sudamina, de la douleur au niveau de la fosse iliaque droite et de la diarrhée.

Mais il existe dans cette seconde observation un signe sur lequel je crois utile d'insister : si les râles muqueux sous-crépitants existaient dans toute la poitrine, on les retrouvait principalement *sous les clavicules.*

Ce qui frappe dans les cas précédents, c'est l'effacement de l'état local devant l'état général, et cependant l'autopsie vient révéler d'une façon bien précise l'envahissement du parenchyme pulmonaire par les tubercules miliaires. D'autres fois, l'altération locale prend davantage d'importance, soit au point de vue fonctionnel, soit au point de vue des altérations locales.

Je dois à l'obligeance de M. Rendu l'observation d'une petite fille de cinq ans chez laquelle, en même temps qu'il existait un état typhoïde très-marqué et qui en avait imposé à un moment donné, on trouvait une dyspnée extrême, cinquante à soixante respirations par minute, dyspnée s'accompagnant de cyanose de la face et des extrémités, et qui arriva bientôt à l'orthopnée. Or, l'auscultation ne révélait que des râles peu abondants, assez fins et disséminés dans toute la poitrine et par conséquent loin d'être en rapport avec les symptômes respiratoires fonctionnels que l'on constatait.

D'autres fois, les lésions locales se prononcent, et, au lieu de rester limitées à une simple bronchite, elles revêtent le caractère d'une inflammation plus profonde. Cette dernière offre des signes spéciaux, que nous retrouverons d'une façon plus précise en nous occupant de

la broncho-pneumonie miliaire; ils sont diffus et généralement plus marqués au sommet des poumons.

Nous venons de passer en revue les caractères principaux de la tuberculose miliaire du poumon à forme de fièvre typhoïde, nous devons actuellement les envisager de plus près.

C'est progressivement, nous l'avons vu, que se fait le développement de la tuberculose miliaire typhoïde; on constate de l'abattement, un malaise général avec de la lourdeur de tête, ou bien une céphalalgie plus ou moins vive, soit diffuse, soit sus-orbitaire, soit temporo-frontale; parfois, à ces phénomènes, s'ajoutent de la douleur à la nuque, des épistaxis plus ou moins répétés, des phénomènes de catarrhe bronchique avec toux sèche et sans expectoration, etc. — Le plus généralement, en outre, il y a chez ces malades un changement de caractère; ils deviennent acariâtres; ils sont tristes, abattus, et recherchent la solitude. Leur sommeil est le plus souvent difficile et agité; ils rêvent, et ces rêves portent alors sur des objets effrayants. Ces derniers phénomènes peuvent même remonter assez haut. Mais, il faut bien le reconnaître, les symptômes de la période de début sont fort variables; et établir une règle précise est bien difficile. De plus, il ne faut pas oublier que la tuberculose miliaire peut se faire par poussées, et que par conséquent on peut retrouver dans les antécédents du malade des troubles fébriles ou des accès de dyspnée qui seront au médecin d'un grand secours diagnostique. A ces phénomènes de début M. Lereboullet pense qu'il faudrait ajouter les signes de l'adénopathie, bronchique, laquelle s'accompagnerait généralement d'adénopathie cervicale. Ce serait là, on le comprend, un excellent signe diagnostique du début de la maladie, mais il est besoin de nouvelles observations pour fixer la science à cet égard.

La durée de la période prodromique est variable; et si, dans plusieurs des observations que nous avons pu rassembler, les malades ne se plaignent que depuis huit ou dix jours; dans d'autres, cette période peut être plus longue, remonter même à plusieurs mois, et c'est surtout dans les cas de cette nature qu'on rencontre ces accès de dyspnée

ou de fièvre que je signalais tout à l'heure. Après cela, la maladie s'établit d'une manière définitive.

Or, d'après les observations citées plus haut, la période d'état et celle de déclin ont une très-grande analogie avec la fièvre typhoïde, et cette ressemblance est si frappante qu'un grand nombre de médecins se trompent souvent. Aussi me semble-t-il plus utile, dans l'exposé qui va suivre, de comparer les deux maladies entre elles, que de présenter d'abord un tableau des symptômes de la tuberculose miliaire du poumon et de faire ensuite le diagnostic différentiel.

Chacune des deux maladies dont il est question peut porter son action sur le système nerveux cérébro-spinal, sur le thorax, sur le tube digestif, sur la température, sur le système vasculaire, sur le tégument externe, le foie, la rate, les reins, le sang et, d'une façon générale, sur la nutrition.

Symptômes cérébro-spinaux. — Tous les auteurs s'accordent à considérer la stupeur et la prostration comme étant moins profondes dans la tuberculose aiguë que dans la fièvre typhoïde, la céphalée comme étant moins intense, le délire moins continuel et moins marqué. Si, dans la tuberculose aiguë, la céphalalgie peut occuper plus spécialement les régions frontale et occipito-frontale, elle est presque toujours diffuse, et devient plus intense par moments, pour s'atténuer ensuite. Les malades dorment mal, il y a chez eux une grande tendance aux rêves.

Il peut exister du délire, mais généralement il est nocturne et fugace, et il est toujours plus logique, plus suivi que dans la fièvre typhoïde; l'idéation reste davantage soumise à la volonté. Rarement le délire atteint l'action, rarement, même, il existe pendant le jour ; parfois, cependant, il peut durer jour et nuit et être suffisamment violent pour nécessiter les moyens de coërcition.

La stupeur est généralement moins profonde dans la tuberculose miliaire que dans la fièvre typhoïde, et les malades répondent assez nettement aux questions qu'on leur pose. Je parle bien évidemment ici des cas de tuberculose dans lesquels il n'y a pas de lésion mé-

ningée; car alors, naturellement, le tableau des phénomènes cérébraux peut complétement changer; je n'ai en vue, en ce moment, que la tuberculose miliaire aiguë avec lésions du poumon à peu près exclusives. Aussi pensons-nous que ce n'est que dans les cas où l'axe cérébro-spinal est directement intéressé que l'on trouve ces troubles particuliers de la sensibilité qu'a décrits M. Empis. Cependant, M. Bouchut insiste sur une hyperesthésie thoracique qui n'existe jamais au même degré dans la fièvre typhoïde. Ce phénomène indiquerait, d'après lui, une souffrance de la plèvre, qui se transmettrait aux téguments et leur communiquerait une sensibilité exagérée, telle que le contact du doigt, et surtout la percussion deviendrait très-pénible. Ce serait là, on le comprend, un excellent signe de diagnostic.

Les troubles des sens, lorsqu'ils sont un peu prononcés, me paraissent être du même ordre que les phénomènes précédents, et se rattacher aux mêmes lésions. — Plusieurs auteurs, et M. Bouchut, en particulier, insistent beaucoup, au point de vue du diagnostic différentiel que nous cherchons à établir, sur l'importance de l'examen ophthalmoscopique qui révélerait des granulations tuberculeuses de la choroïde. — C'est là, en effet, un excellent signe, mais qui nous paraît plutôt se rapporter à la tuberculose miliaire, atteignant la plupart des organes qu'à la forme que nous étudions particulièrement ici.

L'adynamie est, elle aussi, moins marquée dans la tuberculose miliaire que dans la dothiénentérie, et généralement le malade peut encore se soulever sur son lit. Nous avons vu, toutefois, dans l'observation de M. Laveran, que l'individu mourut dans l'adynamie la plus profonde. J'ai trouvé très-rarement signalés ces symptômes d'ataxo-adynamie, qu'on retrouve si fréquemment dans la dothiénentérie, la carphologie et les soubresauts des tendons; sauf cependant par M. Villemin, qui en parle comme de phénomènes ordinaires; mais, dans ces cas, cet auteur me paraît plutôt raisonner sur des analogies que sur des faits.

Enfin, comme le fait remarquer M. Laydecker, dans sa thèse inaugurale, souvent les différents phénomènes que nous venons de signaler se manifestent à la suite d'une rémission momentanée de la maladie,

rémission qui aurait été prise quelquefois pour une guérison, si des symptômes nerveux graves n'étaient venus brusquement donner le change.

Dans plusieurs observations qu'on retrouve, en effet, dans le travail de M. Laydecker, on voit les malades présenter une amélioration apparente très-sensible, quand la fièvre, la céphalalgie, le délire, la prostration, l'abattement, viennent aggraver la situation.

Symptômes thoraciques. — Dans les deux maladies, la lésion pulmonaire peut s'accuser seulement par des signes de bronchite : râles sibilants, respiration rude, etc. Mais il est un fait à signaler immédiatement, c'est que, dans la tuberculose aiguë, il existe des complications fréquentes du côté des plèvres, et, le plus généralement, sinon toujours, dans le cas que nous considérons, des pleurites sèches : ces pleurites s'accompagnent de douleurs assez vives, avec sensibilité à la percussion.

Ce sont là des signes qu'il ne faut pas négliger au point de vue du diagnostic différentiel, car c'est souvent à eux seuls que ce diagnostic peut se rattacher, et ils deviennent encore plus précis quand s'y ajoutent des congestions pulmonaires du sommet, caractérisées par de la submatité, de l'expiration rude et prolongée, parfois des râles fins, tous phénomènes essentiellement mobiles et passagers. M. Lereboullet me semble insister, avec juste raison, sur ces deux derniers phénomènes.

Lorsque la bronchite est généralisée et intense, on constate des signes que nous aurons l'occasion de retrouver plus loin, tels qu'une expectoration spumeuse, mêlée parfois de sang rouge.

Quand l'inflammation devient plus profonde, on a alors des symptômes de pneumonie diffuse, et ici encore c'est principalement le siége des lésions qui nous servira à distinguer la broncho-pneumonie tuberculeuse de la broncho-pneumonie dothiénentérique. Dans la fièvre typhoïde, en effet, ce sont les phénomènes d'hypostase qui prédominent ; des râles humides occuperont surtout les parties déclives et s'accompagneront d'une respiration obscure, si-

lencieuse, l'hypostase étant un des éléments essentiels de la pneumonie dothiénentérique. Dans la tuberculose miliaire, au contraire, les râles sous-crépitants et crépitants occuperont surtout le sommet et seront bientôt accompagnés de souffle.

Quelle que soit la forme de la phlegmasie, il y aura dans la tuberculose aiguë complication fréquente et précoce de pleurésie avec ou sans épanchement, tandis que la pleurésie est tardive dans la fièvre typhoïde. On retrouvera souvent dans la tuberculose miliaire, et cela de très-bonne heure, des points de la poitrine où la percussion donne un son tympanique, ce qui est dû à l'emphysème, tandis que tout à côté on constate de la submatité due à la congestion et à l'agglomération en certains points des granulations miliaires.

Enfin, il est un élément qui, lorsqu'il existe, fixe pour ainsi dire le diagnostic, ce sont les accès de dyspnée que la nuit ramène souvent plus fréquents et plus violents, accès qui s'accompagnent de toux répétée, d'une respiration se faisant par saccades et d'une hématose très-imparfaite, qui entraîne après elle la cyanose de la face, des lèvres, des extrémités et même l'asphyxie. Cette dyspnée est le plus généralement en complet désaccord avec la percussion ou l'auscultation, qui ne révèlent pas des lésions suffisantes, loin de là, pour expliquer cette gêne fonctionnelle considérable. Une des observations que nous citons en est un exemple. Il faut ajouter encore l'expectoration, qui est très-souvent sanglante, et enfin les hémoptysies.

Symptômes digestifs. — Les troubles digestifs se rapprochent beaucoup dans la dothiénentérie et la tuberculose miliaire, et si M. Colin insiste sur la conservation de l'appétit dans la tuberculose aiguë, alors même que la bouche est fuligineuse, c'est là un fait qui nous paraît bien douteux et que nous ne trouvons d'ailleurs noté par aucun autre auteur; au contraire, on trouve à peu près constamment dans les différentes observations de l'anorexie, comme signe de début même de la maladie. Quant aux vomissements non mécaniques, je les ai rencontrés rarement dans les observations de tuberculose miliaire limitée au seul poumon, et quand ils se produisent, c'est généralement un in-

dice à peu près certain de l'existence d'une péritonite ou d'une méningite.

Le ballonnement du ventre est un signe qui se retrouve aussi bien dans la tuberculose miliaire que dans la dothiénentérie; il en est de même de la douleur dans la fosse iliaque; cependant, ces deux symptômes, et principalement le second, sont beaucoup plns constants dans la fièvre typhoïde que dans la tuberculose.

Quant à la constipation, c'est, à notre avis, un excellent signe diagnostique, quand elle existe, car elle est loin d'être constante.

Toutefois, elle semble exister plus souvent que la diarrhée ; elle peut parfois même être fort rebelle ; on se souvient, à cet égard, du malade d'Empis, dont nous avons rapporté l'histoire.

Température. — L'étude de la température dans la tuberculose miliaire aiguë est une question actuellement à l'ordre du jour et sur laquelle les auteurs sont encore loin d'être d'accord.

Les opinions les plus diverses ont été émises, soit sur l'élévation du chiffre thermique, soit sur la forme du tracé.

Niemeyer, Wunderlich, Trousseau prétendent que la température s'élève moins haut dans la tuberculose aiguë que dans les fièvres continues.

Cependant, on peut voir, dans certains cas, la température atteindre 40°, et pouvoir, même, monter jusqu'a 41°,2 comme le prouvent certaines courbes thermométriques.

Reconnaissons-le, toutefois, ce chiffre élevé est rare et, généralement, la température ne dépasse pas 40°, chiffre, on le voit, qui ne nous permet guère de trouver, dans le plus ou moins d'élévation de la fièvre, une sérieuse indication diagnostique.

La manière dont la température se manifeste au début, a été aussi invoquée; c'est ainsi que M. Colin admet que la température arrive d'emblée à son maximum dans la tuberculose aiguë et s'y maintient. Ce que nous avons dit du mode de début de la tuberculose miliaire du poumon à forme de fièvre typhoïde ne nous permet pas d'admettre cette manière de voir dans ce qu'elle a d'absolu.

M. le professeur Jaccoud pense qu'il n'est pas permis de formuler à ce sujet des propositions absolues.

Un médecin de Copenhague, M. Bruniche, observant la courbe thermique d'individus atteints de tuberculose miliaire, s'aperçut que dans certains cas la rémission, au lieu de se produire le matin, comme cela arrive généralement dans les maladies fébriles, avait lieu le soir, et c'est cette marche de la fièvre qu'il désigna sous le nom de type inverse.

Cette marche particulière de la température se retrouve en effet dans certains cas de tuberculose miliaire et elle est alors d'un utile secours pour le diagnostic, car, comme le fait remarquer M. Bruniche, le type thermique inverse est un phénomène assez rarement observé dans les autres maladies, sauf quelques exceptions (par exemple au début de la pyohémie, où il se rencontre souvent). Malheureusement, ce type est loin d'être constant.

Devons-nous cependant renoncer à trouver dans la marche de la température quelques indications utiles? Nous ne le pensons pas. Il nous semble, d'une manière générale, que dans la tuberculose miliaire aiguë nous pouvons établir deux types: l'un plus continu que celui de la fièvre typhoïde sans rémissions matinales bien marquées, est celui qu'a observé M. Ch. Bouchard, et nous pensons que ce type est en rapport avec l'intensité de la phlegmasie et l'activité du processus de prolifération cellulaire. C'est lui qu'on retrouve ordinairement dans la tuberculose miliaire aiguë généralisée.

L'autre type est plus intermittent; il se compose d'accès irréguliers dans leur durée et dans leur périodicité, souvent terminés par des sueurs profuses, et peut-être pourrait-on le rapporter à l'activité des phénomènes de dégénération granulo-graisseuse des nodules tuberculeux et à l'absorption des produits de désagrégation de l'infection consécutive. Or, c'est ce dernier type que nous retrouvons principalement dans la tuberculose miliaire du poumon à forme de fièvre typhoïde; il peut, pensons-nous, être d'une certaine utilité diagnostique, car on ne le constate pas dans la dothiénentérie.

Éruptions. — Pendant longtemps on regarda l'apparition de taches rosées comme pathognomonique de la dothiénentérie; mais actuellement cette manière de voir est inacceptable, et si ces taches sont plus fréquentes dans cette maladie que dans la tuberculose miliaire, il est incontestable qu'elles peuvent exister dans cette dernière. On retrouve aussi des sudamina, des taches ombrées et même du purpura.

Système vasculaire. — L'adynamie de ce système est évidemment plus marquée dans la fièvre typhoïde que dans la tuberculose miliaire; les stases capillaires, les congestions passives si marquées dans la première en font foi. Le dicrotisme du pouls, la raie hypérémique peuvent appartenir aux deux maladies ; cependant, le premier signe nous paraît rare dans la tuberculose miliaire, tandis que, on le sait, il est fréquent dans la dothiénentérie.

La tuméfaction du foie et de la rate se retrouve dans les deux maladies, seulement dans la tuberculose aiguë, cette tuméfaction est le plus souvent douloureuse, ce qui tient à ce que la lésion est dans ce dernier cas, due non-seulement à des phénomènes d'ordre congestif comme dans la fièvre typhoïde, mais encore à des phénomènes d'ordre inflammatoire (phlegmasies miliaires).

Symptômes rénaux. — On peut retrouver de l'albuminurie dans les deux maladies. Mais, tandis qu'elle est relativement rare dans la dothiénentérie et ordinairement passagère, elle est plus fréquente et plus durable dans la tuberculose aiguë, ce qui est dû à une véritable néphrite miliaire.

Altérations du sang. — 1° On constate de l'*inopexie* dans les deux maladies surtout à une période avancée : d'où des thromboses et des embolies.

2° Dans l'une et l'autre maladie, il existe de la *tendance aux hémorrhagies*, mais tandis que dans la fièvre typhoïde, cette tendance est précoce, et résulte bien probablement d'une action primitive sur le sang du virus encore inconnu, dans la tuberculose miliaire elle est plus tardive et paraît résulter de l'adultération du sang par les produits de la désagrégation granulo-graisseuse des nodules tuberculeux :

d'où épanchements sanguinolents dans les cavités, épistaxis, hémoptysies, hémorrhagies interstitielles, etc.

3° L'*aglobulie* se retrouve aussi bien dans la fièvre typhoïde que dans la tuberculose aiguë ; seulement, elle est plus précoce dans cette dernière et semble due surtout à l'altération des ganglions lymphatiques et à l'altération du tissu conjonctif. Dans la dothiénentérie, l'aglobulie ne se rencontre guère que dans la convalescence, et paraît résulter de la prédominance des phénomènes de désassimilation sur ceux d'assimilation.

4° La *leucocytose* trop peu connue ne peut nous servir de terme de comparaison.

L'état de la *nutrition* peut être utile au diagnostic ; l'amaigrissement est généralement beaucoup plus précoce et beaucoup plus marqué au début dans la tuberculose miliaire ; parfois même l'allanguissement nutritif peut remonter très-haut, tandis que dans la fièvre typhoïde il est le résultat direct de la maladie actuelle sur l'économie. — Un fait encore à noter, c'est la formation beaucoup plus fréquente d'eschares dans la fièvre typhoïde, et cela en raison des stases sanguines et de l'atteinte plus profonde portée à l'ensemble du système nerveux.

Marche et durée. La marche et la durée de la maladie ont aussi de nombreux points de contact dans la fièvre typhoïde et dans la tuberculose miliaire aiguë. La période prodromique est la même et se caractérise soit par des symptômes nerveux, soit par des symptômes catarrhaux ; cependant nous avons vu, au début de cette étude, que certains phénomènes tels que la dypsnée, l'amaigrissement, des accès de fièvre antérieurs se retrouvaient parfois comme symptômes de la période prodromique de la tuberculose miliaire des poumons.

Dans la période d'état, on peut dire d'une manière générale que les symptômes typhoïdes sont plus légers, plus fugaces dans la tuberculose, plus profonds dans la dothiénentérie. — La marche de la dothiénenthérie est plus continue, le tracé thermique plus régulier ; dans la tuberculose miliaire, les intervalles apyrétiques sont plus marqués, et il se fait des poussées qui s'accompagnent d'une fièvre continue avec rêvasseries. La terminaison dans la tuberculose miliaire du poumon

est malheureusement trop souvent fatale, le malade succombe ou bien dans un état d'adynamie qui fait de plus en plus de progrès, ou bien par suite, soit d'une véritable asphyxie, soit de l'extension progressive de la pneumonie miliaire, soit d'une hémoptysie ou d'une complication portant sur les centres nerveux ou l'abdomen.

Mais cependant telle n'est pas la marche obligée, fatale, de la tuberculose miliaire du poumon : « Dans quelques cas, les phénomènes d'acuité cessent après un certain temps, et le malade, échappant à l'asphyxie et à l'autophagie fébrile, tombe dans un état chronique, pendant lequel les granulations subissent leur évolution complète ; la tuberculose miliaire est devenue le point de départ d'une tuberculose ulcéreuse commune. Le fait est rare, en raison de la confluence ordinaire des formations granuleuses. » (Jaccoud.)

L'opinion de M. Jaccoud ne peut être sujette à discussion ; aussi me semble-t-il peu nécessaire de donner des observations à l'appui. (*Voir en particulier Empis.*)

Mais le *pronostic* de la tuberculose miliaire aiguë, pour être moins grave, dans ce dernier cas que dans le premier, n'en est pas moins toujours fort sérieux, puisque, si la maladie guérit, en tant que maladie aiguë, elle suit une nouvelle phase comme maladie chronique.

La tuberculose miliaire du poumon peut-elle guérir définitivement? Plusieurs auteurs l'admettent, mais les faits de guérison nous paraissent fort rares. On trouve cependant dans les auteurs, et entre autres dans Empis, des observations qui nous semblent indiscutables au point de vue du diagnostic, et dans lesquelles on constate une amélioration telle que l'individu semble guéri. Mais il faut le reconnaître, le plus souvent, si on suit le malade après son apparente guérison, on ne tarde pas à retrouver de nouvelles manifestations tuberculeuses. La guérison n'est donc ici que temporaire ; dans ce cas, la défervescence est lente ; cependant, la convalescence est généralement moins longue que dans les fièvres typhoïdes graves ; l'individu reprend plus vite une apparence de santé parfaite.

On peut constater des rechutes.

Si, aux différents signes que nous venons de passer en revue, nous

ajoutons les antécédents héréditaires ou personnels de l'individu, si nous ajoutons l'habitus extérieur, nous aurons, pensons-nous, l'ensemble des faits qui caractérisent la tuberculose miliaire du poumon à orme de fièvre typhoïde, et qui nous permettront d'établir le diagnostic différentiel de cette maladie et de la dothiénentérie.

Le diagnostic différentiel entre la tuberculose miliaire du poumon à forme de fièvre typhoïde et la tuberculose miliaire généralisée ressort nettement des symptômes que je viens d'énoncer. Dans cette dernière, les troubles abdominaux sont beaucoup plus marqués : on retrouve tous les signes de la péritonite ; il en sera de même des symptômes fournis par les lésions méningées, qui sont tout différents, ce me semble, des troubles que nous avons passés en revue. Enfin, la courbe thermique, nous l'avons vu, peut être d'un certain secours diagnostique.

CHAPITRE III

Tuberculose granuleuse simple du poumon.

C'est en nous basant sur la présence ou l'absence d'un élément fort important, l'élément congestif ou inflammatoire, que nous avons établi les deux grands groupes de notre seconde division : la tuberculose que nous désignons sous le nom de *granuleuse simple* et la tuberculose à *forme d'affection thoracique*. Mais il faudrait bien se garder de croire que ces formes soient toujours nettement séparées l'une de l'autre ; de nombreuses transitions existent entre elles, et on comprend facilement, en effet, qu'à une tuberculose miliaire, d'abord simplement granuleuse, puissent s'ajouter de la congestion et de l'inflammation, éléments qui, on le sait, sont le plus généralement intimement unis aux tubercules.

Bien plus, des doutes peuvent s'élever sur l'absence complète des congestions pulmonaires pendant la vie des malades chez lesquels, à

l'autopsie, on ne trouve que des granulations miliaires au milieu d'un parenchyme parfaitement sain. Ainsi, M. Cruveilhier, dans une observation de ce genre qu'on trouve dans son *Traité d'anatomie pathologique*, parle de râles muqueux ; ainsi, M. Andral, dans un cas de même nature, parle du peu d'intensité du catarrhe pulmonaire (*Clin. méd.*, t. IV, p. 89).

Ces doutes, M. Grancher, dont on connaît l'autorité en pareille matière, nous les a confirmés en nous affirmant que, dans des cas analogues à ceux que les auteurs citent comme des faits de tuberculose miliaire sans élément inflammatoire, il avait toujours retrouvé à l'examen microscopique les traces d'une inflammation évidente.

De nouvelles observations ont besoin, par conséquent, de venir compléter celles que nous possédons; mais, quoi qu'il en soit, il existe évidemment des cas dans lesquels le rôle primordial, essentiel, dans la production des troubles que nous allons retrouver, appartient aux granulations tuberculeuses, et dans lesquels, bien certainement, le rôle joué par l'élément congestif, s'il existe, est au dernier plan. Cette forme de tuberculose miliaire est rare, je n'en voudrais pour preuve que ce que dit M. le professeur Jaccoud, qui termine ainsi la description qu'il en donne : « Cette forme est extrêmement rare, mais les observations d'Andral et de Graves, entre autres, en ont établi à la fois l'existence et les caractères (*Traité de pathologie interne*, t. II, 2e édition, p. 97). »

Cette forme est rare, disons-nous; oui, elle est rare comme forme constituant toute la maladie, comme forme pouvant entraîner la mort par elle seule.

Mais est-elle rare comme début d'une autre forme de tuberculose miliaire du poumon? Nous ne le pensons pas. C'est ainsi que très-souvent, avant la production des altérations locales qui vont donner lieu à une bronchite capillaire ou à une broncho-pneumonie, on trouve une période prodromique caractérisée par de la toux, par une dyspnée que n'explique aucun signe thoracique et qu'on regarde souvent comme nerveuse. Or, à quoi attribuer cette toux et cette dyspnée ? n'est-il pas rationnel de voir là des troubles fonctionnels dus à un

dépôt de granulations miliaires qui commence à se faire? C'est notre avis, c'est celui aussi de Louis, d'Andral, de MM. Hérard et Cornil, et Nous retrouverons cette question en nous occupant de la tuberculose miliaire chronique.

Une autre question qui se pose devant nous, c'est celle de savoir si la forme granuleuse que nous étudions est essentiellement apyrétique, comme le veulent MM. Hérard et Cornil. Je crois que l'opinion de ces auteurs ne tient pas devant les faits, et qu'ils se sont mépris en donnant l'apyrexie comme le caractère essentiel de cette forme. Que l'apyrexie puisse exister, les observations de MM. Hérard et Cornil semblent mettre le fait hors de doute, mais que l'apyrexie soit un caractère obligé, c'est ce qui ne résulte pas des observations. Je sais bien que dans certain cas, par exemple, dans une observation de M. Cruveilhier, on ne mentionne pas la fièvre. Mais est-ce une raison pour qu'elle n'existât pas? D'ailleurs dans d'autres cas, l'état fébrile est nettement indiqué, ainsi que le prouve l'observation due à Andral et que nous signalions tout à l'heure. Bien plus, si l'on s'en rapporte à l'autorité de l'illustre professeur, il existe des cas dans lesquels la fièvre est le caractère essentiel de la maladie qui nous occupe, de sorte que la tuberculose miliaire granuleuse simple pourrait se présenter à nous sous deux formes distinctes : dans l'une, les symptômes locaux prédomineraient et, dans ce cas, la confluence des granulations tuberculeuses dans l'intérieur du parenchyme pulmonaire, tuerait l'individu en empêchant l'hématose ; dans l'autre, au contraire, l'état local se dissimulerait pour ainsi dire, derrière l'état général.

1. — C'est, disons-nous, la confluence des granulations dans l'intérieur du parenchympe ulmonaire qui entraîne cette mort rapide, cette suffocation qui a fait donner à cette forme de tuberculose miliaire du poumon le nom de *forme suffocante.* (Jaccoud.)

Pour s'en convaincre, on n'a qu'à lire les relations d'autopsies faite sur des individus qui ont succombé à cette maladie. Voici comment M. Rendu s'exprime à l'égard d'un fait de ce genre dans une observation qu'il a bien voulu nous communiquer :

« Les deux poumons sont farcis de tubercules en quantité innombrable. *A peine existe-t-il entre les granulations une étendue de poumon sain comparable au volume de la granulation elle-même.* Dans le poumon droit, on ne trouve absolument que de la granulation miliaire ou du semis tuberculeux transparent. Dans le poumon gauche, au contraire, et surtout au sommet, les granulations sont plus volumineuses, grises ou jaunâtres, souvent confluentes. A la base du poumon gauche existe un noyau limité de pneumonie caséeuse placé au milieu du lobe inférieur. »

Certes, ce sont bien là des lésions suffisantes pour expliquer cet état de cyanose, cette suffocation si caractéristique, dont M. Jaccoud va nous donner le tableau.

« Sans prodromes, ou après ces prodromes mal caractérisés qui appartiennent à toutes les maladies fébriles, l'individu est pris d'une fièvre dont le degré thermique ne dépasse guère 39°,5, et dont la rémission matinale peut atteindre un degré ou un degré et demi ; puis, dès les premiers jours, sans point de côté, sans toux, sans expectoration, il est atteint d'une dyspnée violente qui arrive bientôt à l'orthopnée avec menace de suffocation. Sauf la fièvre, cet état ressemble de tous points à celui qui est produit par une maladie organique du cœur à la phase d'asystolie, ou encore à une attaque d'asthme aigu (Andral); mais la durée de ces accidents, qui persistent non interrompus, et les résultats négatifs de l'examen du cœur éloignent cette idée. On croit alors à une bronchite capillaire; mais, contrairement à toute attente, l'auscultation de la poitrine ne révèle que quelques râles insignifiants, ou même simplement une diminution générale du bruit respiratoire. Ce fait négatif doit éclairer le diagnostic; car une bronchite capillaire ne pourrait produire une semblable dyspnée qu'à la condition d'être générale, et l'on percevrait dans ce cas des râles aigus en grand nombre dans toute l'étendue des poumons. Ce jugement par exclusion est le seul possible ; il est parfois corroboré par l'habitus extérieur du malade et ses antécédents héréditaires. A la dyspnée s'ajoutent au bout de quelques jours les phénomènes de cyanose résultant de l'insuffisance de l'hématose, et le malade succombe, suivan

l'expression de Graves, à une *asphyxie tuberculeuse aiguë*. La durée varie de vingt à trente jours. » (Jaccoud, loc. cit.)

La description magistrale qu'on vient de lire et due au savant professeur de pathologie interne, résume mieux qu'on ne saurait le dire le tableau clinique de la tuberculose miliaire à forme asphyxique. C'est avec raison que M. Jaccoud insiste sur la ressemblance entre cette forme de tuberculose et un accès d'asthme aigu ou une maladie du cœur, et surtout entre la disproportion qui existe entre les troubles fonctionnels et les phénomènes révélés par l'examen physique. C'est en effet, cette disproportion qui est, si j'ose ainsi dire, le signe pathognomonique de la tuberculose granuleuse simple à forme asphyxique; car si la comparaison établie par Andral, avec une maladie du cœur est aussi exacte dans la tuberculose miliaire à forme de bronchite capillaire que dans cette dernière, il n'en est pas de même de l'absence à peu près complète de symptômes locaux. Dans la bronchite capillaire tuberculeuse, nous constatons des râles nombreux variant du râle sibilant au sous-crépitant fin, tandis que ce sont quelques ronchus ou quelques râles sibilants qu'on retrouve seuls dans la tuberculose miliaire non congestive.

Aussi, nous reste-t-il bien peu à dire et n'aurons-nous qu'à citer quelques observations à l'appui de ce qu'avance M. Jaccoud.

Cruveilhier, dans son traité d'anatomie pathologique, cite le fait suivant :

Obs. V.— « Une femme phthisique, âgée de 30 ans, qui vint de son pied à l'hôpital de la Charité, et qui mourut inopinément en état d'asphyxie, avec râles muqueux, comme dans une crise d'asthme pendant la nuit qui suivit son entrée, a présenté à l'autopsie les deux poumons farcis d'une multitude innombrable de granulations miliaires disséminées au milieu d'un tissu pulmonaire parfaitement sain.

Les sommets des poumons étaient adhérents, indurés, creusés de petites cavités contenant des concrétions phosphatiques. »

Cette observation nous montre la rapidité avec laquelle peut se produire la suffocation, si bien que Cruveilhier compare cet accès de dyspnée à un accès d'asthme.

Sous ce titre : Développement très rapide de tubercules pulmonaires, produisant l'état de suffocation des maladies du cœur, Andral cite l'observation suivante :

Obs. VI.—Un étudiant en médecine, jouissant habituellement d'une bonne santé, fut pris, vers le milieu du mois de mars 1822, d'un peu de dyspnée et de quelques symptômes de pléthore. Bientôt diarrhée, qui cessa au bout de peu de jours, augmentation de la dyspnée, plénitude du pouls. Violents exercices dans le but de diminuer la pléthore à laquelle on rapportait les accidents éprouvés par le malade. Le 29 mars et jours suivants, hémoptysie; dès lors, fièvres, toux, orthopnée en disproportion avec le peu d'intensité du catarrhe pulmonaire; battements du cœur forts et étendus, sangsues à l'anus le 3 avril, cessation de l'hémoptysie le 4; augmentation de l'oppression, lèvres violacées. Du 4 au 10 avril, le malade présenta la plupart des symptômes, sauf l'infiltration, qui annoncent une maladie du cœur. Il succomba dans l'état de suffocation qui caractérise ce genre d'affection. Les nombreuses saignées, les révulsifs auxquels on eut recours n'apportèrent qu'un soulagement momentané. — L'ouverture du cadavre ne montra d'autre lésion que des tubercules très-petits, développés en quantité innombrable dans les deux poumons, et entourés d'un tissu crépitant et parfaitement sain.

Dans l'observation que nous donne Cruveilher, nous voyons la rapidité avec laquelle peut se produire la suffocation. Dans celle que nous venons de lire, les accidents sont plus progressifs. Le mode de début consiste en une dypsnée sans cause locale bien appréciable, puis c'est à la suite d'un hémoptysie que les phénomènes aigus qui vont emporter le malade se développent. L'observation suivante, et dont nous avons donné déjà le résultat nécroscopique, nous semble montrer aussi d'une manière très-nette la marche ordinaire de la maladie.

Obs. VII. — *Tuberculisation aiguë généralisée. Mort. Autopsie. Granulations miliaires dans tous les organes, foyer caséeux unique dans le poumon.*

Jeanne Pierron, 3 ans. Cette enfant a été mise en nourrice de bonne heure. Elle était bien conformée, et ses parents sont vivants tous deux. Depuis près d'un mois, elle maigrit et dépérit ; la nourrice la rend à la mère, et celle-ci l'amène quelques jours après à l'hôpital. Tels sont les seuls renseignements connus sur le début de l'affection.

A son entrée, 31 mars, on constate les particularités suivantes :

Prédominance caractéristique du système pileux sur le corps : tout le

dos et les épaules sont couverts de longs poils noirs. Cils longs, conjonctive bleuâtre, perlée ; peau très-brune.

Ce qui frappe tout d'abord, c'est l'état presque cyanique de l'enfant. Les lèvres sont bleuâtres et les joues marbrées de plaques violacées. Les ongles des pieds et des mains sont également livides. Il n'existe cependant rien au cœur qui puisse faire croire à de la cyanose congénitale.

On trouve l'enfant, avec une fièvre considérable, pouls petit et fréquent 130 à 140, respiration assez haute.

A la percussion, on trouve de la sonorité partout, sensiblement moindre au tiers supérieur du poumon gauche en arrière et en avant sous la clavicule. Le son est d'une tonalité notablement plus aiguë. L'oreille appliquée sur la poitrine entend des râles multiples et des froissements secs, simulant des fausses membranes superficielles. La respiration est en ce point d'une résonnance presque tubaire. En avant, dans toute l'étendue de la poitrine, on perçoit des râles.

En raison de la dyspnée, de la cyanose, comparées au peu de symptômes physiques de l'auscultation, on admet de la granulie disséminée. La rate est d'un volume normal, le foie assez gros. Pas de diarrhée ; un peu de somnolence, mais pas de stupeur ni aucun phénomène susceptible de faire croire à de la méningite tuberculeuse. Pas de vomissements.

Fonctions digestives assez bonnes. Point de diarrhée, plutôt un peu de constipation.

2 avril. Stupeur, état typhoïde, augmentation de la fièvre et de la dyspnée. Pouls 150, respiration 70. Cyanose de plus en plus prononcée. Râles toujours plus marqués à gauche ; gargouillements en certains points.

Le soir, pouls 160, respiration 80. Etat presque agonique. Malgré cela, l'enfant vit encore trois jours, au moyen de café et d'alcool à haute dose. La mort survient par asphyxie le 5 avril.

Autopsie. Les deux poumons sont farcis de tubercules, en quantité innombrable. A peine existe-t-il entre les granulations une étendue de poumon sain comparable au volume de la granulation elle-même. Dans le poumon droit, on ne trouve absolument que de la granulation miliaire et du semis tuberculeux transparent. Dans le poumon gauche, au contraire, et surtout au sommet, les granulations sont plus volumineuses, grises et jaunâtres, souvent confluentes. A la base du poumon gauche existe un noyau limité de pneumonie caséeuse placé au milieu du lobe inférieur.

Quelques adhérences pleurales sèches. Quelques granulations miliaires sur la plèvre.

Foie volumineux. Il présente de très-nombreux tubercules sous la capsule de Glisson et lui adhérant. Dans l'intérieur du parenchyme, noyaux jaunâtres colorés par la bile et évidemment tuberculeux. Sur quelques points, petits kystes biliaires dus à la rétention du liquide dans un canalicule biliaire. Pas de dégénérescence apparente de l'organe.

Rate complétement infiltrée de tubercules miliaires ; pas de foyers caséeux ni de granulations dégénérées.

Péritoine presque complétement indemne. Quelques granulations disséminées éparses sur le mésentère, le long des vaisseaux. Rien à l'intestin.

Les *reins* sont, au contraire, manifestement imprégnés de granulations tuberculeuses, surtout au niveau de la substance corticale et dans l'intervalle des pyramides. Ilots de congestion considérable autour des produits tuberculeux.

Rien aux organes génitaux.

Les méninges, examinées très-attentivement, ont montré de la congestion et une vascularisation anormale, surtout vers les lobes occipitaux. Dans la scissure de Sylvius et le long de quelques vaisseaux de la base, commencent à se montrer de petites granulations transparentes, évidemment tuberculeuses. Il existait une assez grande quantité de liquide céphalo-rachidien, et une notable hydrocéphalie ventriculaire. L'épendyme était déjà en partie macéré : le reste de la substance cérébrale était sain.

La ressemblance avec une maladie de cœur est encore un fait signalé dans l'observation précédente, et c'est sur la disproportion qui existe entre les phénomènes fonctionnels et ceux révélés par l'observation que le diagnostic put être établi. C'est là, en effet, le caractère prédominant, et, si l'on ajoute à cela les antécédents personnels ou héréditaires du malade, si l'on ajoute à cela l'absence complète de lésions cardiaques, le diagnostic ne peut être hésitant : aucune autre maladie que celle qui farcit, pour ainsi dire, les poumons par cet amas d'innombrables petites granulations ne peut donner lieu à des phénomènes semblables à ceux que nous venons de décrire.

Le pronostic de cette forme est excessivement grave : elle tue irrévocablement, car ici ce sont les tubercules miliaires qui tuent par leur trop grande confluence; or, ces tubercules ne peuvent disparaître, comme le peut faire l'élément congestif, qui, s'ajoutant parfois à des granulations tuberculeuses moins nombreuses, donne lieu à un tableau clinique qui se rapproche beaucoup du précédent et que nous retrouvons plus loin.

II. — A cette forme de tuberculose miliaire suffocante, il faudrait ajouter, d'après Andral, une autre forme dans laquelle l'élément local disparaîtrait derrière l'état général. Je me borne à citer ici l'opinion d'Andral : nous la retrouverons plus tard.

« Il est des malades chez lesquels le rapide développement des tubercules pulmonaires n'est plus même annoncé par aucun symptôme local. Ces malades ont une toux légère, une expectoration nulle ou purement catarrhale. Chose remarquable, la respiration ne paraît point gênée; si l'on percute la poitrine, on reconnaît qu'elle est partout sonore; si l'on pratique l'auscultation, le bruit respiratoire s'entend partout grand et net. Cependant, il existe une fièvre continue avec des sueurs abondantes chaque nuit, un amaigrissement rapide a lieu, et les malades, parvenus en un temps très-court au dernier degré du marasme, succombent souvent avant que l'altération du poumon soit devenue plus manifeste. En pareil cas, la seule considération des symptômes porterait à admettre l'existence d'une fièvre hectique essentielle, du marasme nerveux ou *sans matière*, comme disaient les anciens. Mais l'ouverture des cadavres montre un grand nombre de petits tubercules crus développés dans le parenchyme pulmonaire. L'état très-sain de celui-ci entre les tubercules explique pourquoi la percussion et l'auscultation n'ont donné aucun renseignement. La rapide multiplication des tubercules rend sans doute suffisamment raison et de la fièvre et de l'altération profonde de la nutrition, et de la promptitude de la mort. Mais pourquoi, dans ce cas, la respiration est-elle restée libre, tandis que dans d'autres cas absolument semblables sous le rapport de la nature de l'altération et de la rapidité de son développement, la dyspnée a été le symptôme prédominant? Cette grande différence de phénomènes produits par une même cause est sans doute bien difficile à expliquer, mais c'est là en quelque sorte un fait primitif que nous retrouvons saus cesse dans l'étude des maladies, et d'où nous déduirons un des principes les plus importants de la pathologie, sur lequel repose véritablement tout l'art du diagnostic, savoir : que d'une même lésion peuvent résulter, suivant les individus, les symptômes les plus différents, toutes choses étant égales d'ailleurs. Cette inconstance de rapports entre la cause et l'effet, nous ne pouvons l'expliquer qu'en invoquant la prédisposition individuelle, l'idiosyncrasie. » (Andral, Cl. méd., t. IV, p. 360.)

Dans les cas que cite Andral, la maladie n'était pas latente au sens

propre du mot, mais une de ses manifestations était latente. Nous retrouverons plus loin cette question de la latence, je n'y insiste pas actuellement. Mais je veux signaler ici des cas qui se rapprochent de ceux dont parle Andral. Ce sont les cas de tuberculose miliaire qui atteignent les jeunes enfants, et j'entends par ce terme les enfants depuis l'époque de la naissance jusqu'à quinze ou dix-huit mois. Dans ce cas, M. Parrot m'a assuré d'une part qu'à cet âge la tuberculose miliaire était toujours généralisée; d'autre part, qu'elle était latente au point de vue des symptômes locaux, et que tout ce qui se produisait chez eux était cet état général que le savant professeur a désigné sous le nom d'athrepsie. — Le diagnostic du tubercule miliaire, me disait encore M. Parrot, est impossible à cet âge, et si parfois je l'ai porté, c'est plutôt par une sorte d'intuition médicale, tant j'ai vu de ces cas, qu'en me basant sur tel ou tel signe (*Communication orale.*)

CHAPITRE IV

Tuberculose miliaire du poumon à forme d'affection thoracique.

I. — Tuberculose miliaire du poumon à forme de bronchite capillaire

Obs. II. — *Tuberculisation pulmonaire aiguë à forme suffocante* (M. L. Colin. Gaz, hebd.)Le sieur X .., garde de Paris, âgé de 28 ans, est apporté à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce le 20 novembre 1867, à 11 heures 1|2 du matin; ce malade est placé au n° 7 de la salle 31 (service de M. Colin).

Au rapport du médecin de garde, qui seul a pu observer le malade, celui-ci était, lors de son entrée, dans un état complet de cyanose: coloration violette de la face, des lèvres, des extrémités; respiration lente et bruyante; pouls très-petit et très-fréquent; battements du cœur tumultueux, difficiles à percevoir avec précision, en raison des nombreux râles sonores qui remplissent la poitrine à chaque mouvement respiratoire.

Les facultés intellectuelles sont presque complétement abolies; le malade répond encore, mais comme à regret et avec la plus grande indifférence, à quelques questions; mais il ne peut donner aucun renseignement ni sur son état de santé habituel, ni sur la date d'invasion de la maladie actuelle.

Ses camarades qui l'ont transporté à l'hôpital rapportent seulement que ce militaire n'appartient à la garde de Paris que depuis quelques mois, que

depuis son entrée dans ce corps d'élite il n'a jamais dû suspendre son service pour cause de maladie, et que, suivant eux, l'affection dont il est aujourd'hui atteint est le résultat d'un refroidissement contracté à la sortie d'un théâtre, où X... était de service trois jours auparavant.

Malgré l'administration de quelques stimulants diffusibles (éther, acétate d'ammoniaque) et l'application de ventouses sèches sur les parties latérales du thorax, la respiration s'embarrasse de plus en plus, et la mort survient à deux heures de l'après-midi, trois heures environ après son entrée à l'hôpital.

Autopsie 22 novembre, à neuf heures du matin. — Cadavre fortement cyanosé: *Cœur et péricarde.* La marche si rapide de la maladie, l'intensité de la dyspnée, la difficulté d'une exploration physique très-précise avaient fait supposer la possibilité d'une affection aiguë du péricarde. Il n'en existe aucune trace, et cette poche ne renferme qu'une minime quantité de sérosité citrine, limpide, non floconneuse ; les deux surfaces pariétale et viscérale sont parfaitement polies, seulement on remarque sur la paroi antérieure du cœur et au siége d'élection des plaques laiteuses une tache de ce dernier genre, mais qui, par ses dimensions, son opacité et le relief de la séreuse à son niveau, semble bien nettement accuser les vestiges d'un ancien exsudat.

Le cœur n'offre aucune altération organique, soit des orifices, soit des cavités, mais l'oreillette et le ventricule droits sont énormément distendus par du sang très-noir, où l'on ne le distingue pas de caillots proprement dits, mais une très-grande quantité de grumeaux noirâtres, comparables à des flocons de résiné.

L'artère pulmonaire et ses divisions renferment aussi beaucoup de sang qui offre le même aspect.

Thorax. — Des deux côtés et de haut en bas, les surfaces opposées des plèvres sont intimement soudées et confondues en une masse lardacée, extrêmement résistante, épaisse à la base des poumons de plus d'un centim., mais diminuant uniformément et progressivement d'épaisseur à mesure qu'on l'examine plus près des lobes supérieurs. Par son intermédiaire, les poumons sont, dans toute leur étendue, soudés à la cage thoracique, on ne peut les en détacher que par une dissection très-laborieuse ou par arrachement. D'après les caractères de cet exsudat, il est évident que depuis bien longtemps il n'existait plus de mouvement de va-et-vient entre les surfaces pleurales. Du reste, aucune granulation tuberculeuse dans cette pseudo-membrane.

Le tissu pulmonaire est partout gorgé de sang, qui s'écoule à la coupe, mélangé d'une grande quantité de spumosités bronchiques; il n'existe nulle part de foyer apoplectique. Mais le poumon gauche renferme à son sommet trois petites cavernes ; ces trois cavernes présentent chacune une paroi blanchâtre assez lisse, à résistance fibreuse, et sont contenues dans un noyau d'induration grisâtre.

En troisième lieu, on constate dans tout le poumon gauche un semis de granulations grises, extrêmement fines, disséminées dans les deux lobes, mais bien plus nombreuses au sommet et en particulier autour des cavernes où elles sont presque confluentes. Des granulations de même volume, mais moins nombreuses, existent également dans les deux tiers supérieurs des poumons droits.

Foie et rate à l'état normal; l'examen minutieux de la *sereuse abdominale* permet d'y constater l'absence de toute granulation tuberculeuse.

« La marche si rapide de la maladie, dit M. L. Colin, l'intensité de la dyspnée, la difficulté d'une exploration physique très-précise avaient fait supposer la possibilité d'une affection aiguë du péricarde; mais l'autopsie ne révéla absolument rien du « côté du cœur »; et ce qu'on trouve pour expliquer la mort, c'est un semis de granulations tuberculeuses dans l'intérieur des poumons, et une congestion excessivement intense de ces organes, mais sans foyer apoplectique. Il est à regretter que, dans cette observation, l'auteur, préoccupé de rechercher une lésion cardiaque, ait négligé de faire un examen attentif de l'appareil pulmonaire et qu'il se soit borné à citer, comme un élément secondaire pour ainsi dire, de nombreux râles sonores remplissant la poitrine à chaque mouvement respiratoire. Mais cette observation confirme complétement ce que dit M. Jaccoud de la forme suffocante de la tuberculose miliaire : « Sauf la fièvre, cet état ressemble de tous points à celui qui est produit par une maladie du cœur à la phase d'asystolie, ou par une attaque d'asthme aigu (Andral) ».

De plus, ce qui frappe aussi dans l'observation rapportée par M. Colin, et que cet auteur met en relief, avec juste raison selon nous, c'est le rôle qu'a dû jouer l'élément congestif dans les phénomènes de suffocation, rôle qui a dominé de beaucoup celui joué par les granulations tuberculeuses. Dans l'observation que nous citons, la marche de la maladie a été véritablement foudroyante : quelques heures, pour ainsi dire, ont suffi pour emporter le malade. Il est regrettable que nous n'ayons pas de renseignements plus précis sur le mode de début de cette maladie, qui ne remontait, paraît-il, qu'à trois jours environ.

Mais, fort heureusement, ces cas foudroyants sont excessivement rares, et c'est d'une façon beaucoup plus progressive que s'établit

ordinairement la maladie. La période prodromique peut remonter plus ou moins haut et s'accuser, soit par des troubles généraux, soit par des troubles locaux.

Obs. IX. — *Tuberculose aiguë à forme asphyxique; mort; autopsie.* (M. A. Laveran.)

Le nommé Alexandre C..., soldat au 102e régiment de ligne, entre à l'hôpital Saint-Martin le 30 août 1869. Il est âgé de 23 ans, depuis deux ans au service militaire. A l'âge de dix-sept ans, il a eu successivement, dit-il, une fièvre typhoïde, une fluxion de poitrine et une jaunisse. Il a été malade pendant treize mois, mais il s'est rétabli complétement. La maladie actuelle a débuté dans le courant du mois d'avril par de l'amaigrissement, des sueurs nocturnes, des frissons revenant le soir, un peu de diarrhée. Il n'y a jamais eu d'hémoptysie véritable; mais, à plusieurs reprises. l'expectoration a été teintée de sang. Quelques jours après l'entrée à l'hôpital, il survient de l'œdème des membres inférieurs ; le malade se plaint d'une dyspnée très-grande qui augmente pendant la nuit. Nous voyons le malade pour la première fois le 23 mai ; nous constatons l'état suivant : bonne constitution, pas d'amaigrissement notable. Le malade est assis plutôt que couché dans son lit, il respire avec peine, la face et les lèvres surtout présentent une teinte violacée. Le pouls est fréquent, régulier, il bat 108 fois à la minute; pas de bruits anormaux au cœur, pas d'hypertrophie notable. Le malade tousse beaucoup, et les crachats sont fortement colorés de sang rouge. L'examen de la poitrine, fait à plusieurs reprises avec le plus grand soin, ne relève ni à la percussion, ni à l'auscultation, aucune lésion de l'appareil pulmonaire ; les sommets des poumons respirent fort bien, le murmure vésiculaire a conservé partout les caractères normaux. La langue est belle ; l'appétit conservé. L'abdomen est volumineux, peu douloureux à la pression, il existe un peu d'ascite. Pas de diarrhée. L'œdème des membres inférieurs, qui a précédé l'apparition de l'ascite, a diminué depuis quelques jours. Le malade prend une potion avec teinture de scille et de digitale ââ : 1 gramme. Fomentations sur l'abdomen avec teinture de scille.

Le 23 mai. — La dyspnée persiste; 32 inspirations par minute; le pouls bat 100 fois à la minute. La température, normale le matin (37°,6), est fébrile le soir (38°,8). L'expectoration est toujours sanguinolente.

Le 24. — L'ascite a augmenté un peu. Le ventre n'est pas douloureux. Les urines ne renferment ni sucre ni albumine.

Le 29. — L'ascite diminue, le malade tousse moins, et les crachats ne contiennent presque plus de sang. Apyréxie le matin ; le soir, on constate toujours un mouvement fébrile (38°,5).

Le 4 juin. — Entérorrhagie légère. Le malade respire plus facilement; l'expectoration n'est plus sanguinolente. Sueurs nocturnes. Sudamina à la

partie inférieure de l'abdomen et supérieure des cuisses. La dyspnée ne tarda pas à reparaître avec toute son intensité. A plusieurs reprises, le malade manqua d'asphyxier; il était pris très-rapidement d'orthopnée avec cyanose de la face et refroidissement des extrémités. Ces accès de suffocation se calmaient en général au bout d'une heure ou deux, sous l'influence de révulsifs appliqués sur la poitrine ou aux extrémités inférieures.

L'œdème des membres inférieurs, qui avait disparu presque complétement, grâce aux diurétiques, se montra de nouveau.

Dans les derniers temps de la maladie, cet homme, assis dans son lit, respirant avec peine. Cyanosé, infiltré, en impose à plusieurs médecins qui, appelés à l'examiner, n'hésitèrent pas à diagnostiquer une affection du cœur. On ne trouva cependant aucun bruit anormal au cœur; mais les battements étaient précipités, quelquefois irréguliers. La matité précordiale est augmentée. Du côté du poumon, on constatait une bronchite généralisée, caractérisée par un mélange de râles sibilants et de petits râles muqueux sans prédominance pour les sommets. Le malade succombe à l'asphyxie le 24 juin.

Autopsie, pratiquée le 25 juin. — *Thorax*. Le péricarde n'est ni enflammé, ni tuberculeux. Les orifices du cœur sont sains. Le ventricule droit, notablement dilaté, renferme beaucoup de sang et de caillots. Pas d'épanchement dans les plèvres. Tubercules sous-pleuraux. Les deux poumons sont volumineux, gorgés de sang, et ne s'affaissent pas à l'ouverture du thorax. Le parenchyme pulmonaire est criblé de granulations grises également abondantes à la base et au sommet. Pas de traces de lésions anciennes.

Abdomen. — Le péritoine renferme une notable quantité de sérosité un peu louche, dans laquelle nagent quelques flocons blanchâtres. Les anses intestinales sont agglutinées entre elles et adhérentes au foie, recouvertes presque partout de fausses membranes. Sur le péritoine qui tapisse l'intestin, on remarque des tubercules blanchâtres, disséminés, très-saillants, entourés d'une auréole rouge ecchymotique. Du côté de la muqueuse, on trouve des ulcérations correspondant à ces tubercules de la séreuse (l'une de ces ulcérations a été le point de départ de l'entérorrhagie). Le foie est volumineux, entouré d'exsudats. On ne trouve de tubercules ni dans le foie, ni dans la rate, ni dans les reins.

Le début de la maladie remonte, dans ce cas, à deux mois environ, et c'est par des symptômes généraux qu'elle s'est manifestée tout d'abord : par des sueurs nocturnes, des frissons revenant le soir, de la diarrhée, en un mot, par un état général à tendance hectique qui peut probablement s'expliquer par les lésions qu'on retrouve à l'autopsie dans l'abdomen; et ce n'est que plus tard que les troubles fonctionnels se prononcent du côté de la poitrine : dyspnée intense, toux fréquente, crachats sanguinolents.

Parfois, le début est tellement lent ; les signes, soit généraux, soit locaux, sont si peu marqués, que le médecin hésite et se demande, comme, par exemple, dans l'observation suivante, que nous devons à l'obligeance de M. Rendu, si ce n'est pas à une toux nerveuse que l'on a affaire.

Obs. X.— Mlle P... âgée de 16 ans, a perdu son père et un frère de la poitrine; elle-même n'a jamais été malade. Elle est grande et forte pour son âge, bien réglée, et présente toutes les apparences d'une santé parfaite.

Au mois d'août dernier (1877), elle va prendre les bains de mer à Dieppe, et là, commence a éprouver quelques malaises vagues, qui consistent surtout en troubles digestifs et perte d'appétit : on remarque également chez elle quelques modifications du caractère, qui devient irritable et capricieux.

Revenue de la campagne en octobre, elle a l'aspect d'une excellente santé ; néanmoins l'appétit est toujours médiocre, les digestions lentes, et sa mère affirme qu'elle a sensiblement maigri.

Dans les premiers jours de novembre, elle commence à tousser un peu : c'est une petite toux sèche qui survient dans la journée de temps en temps lorsqu'elle parle ou fait quelque effort. Une fois elle crache un petit filet de sang dans un de ces accès de toux. Je la vois ce jour même, et je ne constate absolument rien à la poitrine, pas même de la faiblesse du bruit respiratoire. Je suis frappé seulement d'une certaine pâleur et d'un aspect anémique général. L'auscultation du cœur et des vaisseaux du cou ne me fournit aucun bruit de souffle, ce qui différencie notablement cet état morbide des chloroses communes. Du reste, comme il n'existe aucune fièvre et pas la moindre chaleur, je n'ose me prononcer et je me demande s'il ne s'agit pas d'une toux hystérique survenue chez une jeune fille assez incomplètement réglée depuis deux mois.

Pendant la seconde quinzaine de novembre, aucun symptôme n'apparut de nature à faire cesser le doute. Le caractère de la malade devenait de plus en plus capricieux : son appétit était nul et dépravé, de temps à autre elle avait des crises nerveuses caractérisées par des accès de larmes : le pouls, toujours petit et fréquent, restait régulier, et l'accélération du pouls n'était point en rapport avec une élévation de la température fébrile le soir. En un mot, le tableau clinique était plutôt celui d'une hystérique chlorotique que d'une tuberculeuse.

Cependant, en décembre, il se produisit une aggravation notable dans l'état général. L'appétit restant toujours nul, l'amaigrissement s'accentua de plus en plus ; les forces commencèrent à décroître visiblement ; et, circonstance très-importante, la température du soir devint franchement fébrile: 38°,5 à 39°.

Dès ce moment, en raison des antécédents de famille de cette jeune fille,

il était presque certain qu'il ne s'agissait pas d'une simple chlorose, mais d'une phthisie latente. Et cependant les signes stéthoscopiques du poumon restaient muets. L'auscultation ne révélait absolument aucun bruit morbide. Sauf un notable degré d'hypéresthésie cutanée au sommet de la poitrine, entre les deux épaules, on ne constatait point de modification appréciable de la respiration, de la toux ni de la voix. Le seul phénomène que l'on put apprécier, vers les premiers jours de janvier, fut de la faiblesse du bruit respiratoire, limitée au sommet droit, sans respiration saccadée ni craquements.

Les choses en restèrent là jusqu'à la fin de janvier : l'amaigrissement faisait des progrès, l'anorexie était toujours complète, la malade dépérissait tous les jours. La famille de l'enfant se décida à l'emmener à Cannes, bien que je n'augurasse aucune amélioration d'un déplacement semblable. Au moment de son départ, 28 janvier, elle n'avait encore ni râles ni craquements, et à l'auscultation la plus attentive on ne percevait rien autre que de la faiblesse inspiratoire et un peu d'expiration prolongée à droite. S'il n'y avait eu les signes généraux d'une consomption rapide, il eût été impossible de soupçonner, à plus forte raison d'affirmer la tuberculose.

Sous l'influence du voyage, il se fit très-rapidement une aggravation notable des accidents. Huit jours après son arrivée à Cannes, le Dr Roustan, qui la soignait, constatait une bronchite généralisée, à tendance capillaire. A la fin de février, elle était dans un état désespéré, et sa famille la ramenait mourante à Paris.

Elle y sucomba le 10 mars. Toute la poitrine était remplie de râles sibilants et muqueux de toute grandeur, mais nulle part il n'y avait de souffle ni de signes d'excavation. Les deux sommets offraient de la matité à la percussion.

La mort survint par asphyxie et cyanose progressive après quelques accès d'étouffement.

Le début de la maladie peut se faire sans réaction fébrile, pour ainsi dire, et ressemble alors en tous points à celui d'une bronchite simple. Aussi, est-ce à ce diagnostic que le médecin s'arrête. Ce n'est que plus tard que les signes du côté de la poitrine se prononcent de plus en plus, et que la maladie revêt les apparences d'une bronchite capillaire (Observ. XI). Ou bien, c'est à la manière d'une bronchite aiguë que débute la forme de tuberculose miliaire du poumon que nous étudions : frissons, toux, dyspnée (Obs. XII).

D'autres fois, enfin, on peut retrouver dans les antécédents des malades des accès antérieurs de dyspnée, des bronchites, comme généralement ils les appellent, ou bien des affections fébriles sans localisa-

tions déterminées, que l'on rapporte à la grippe et qui ne sont autre chose que des poussées tuberculeuses.

Obs. XI. — *Tuberculose aiguë à forme asphyxique* (M. A. Laveran) (1).

F...., soldat au 18e dragons, âgé de 23 ans, entre à l'hôpital du Val-de-Grâce le 28 mai 1876.

F...., qui est né dans la Charente, a eu les fièvres intermittentes à l'âge de 9 ans. Ces fièvres ont duré pendant 9 ou 10 mois; depuis ce temps, il n'a fait aucune maladie grave.

Bonne constitution, tempérament sanguin, pas d'amaigrissement notable.

Depuis huit jours seulement, le malade tousse; il a d'abord été soigné à l'infirmerie; pas de fièvre au début, pas de douleurs dans la poitrine, pas d'hémoptysie.

Etat général satisfaisant, pas de fièvre, toux assez rare, expectoration muqueuse peu abondante. La sonorité du thorax est partout normale; à l'auscultation, râles sibilants et muqueux disséminés dans toute la poitrine, sans prédominance vers les sommets. Rien d'anormal du côté des autres organes.

Le diagnostic de bronchite simple est porté. L'appétit est assez bien conservé (potion au sirop de Tolu, 30 grammes, et chlorhydrate de morphine, 0,03 centigr).

Le 7 juin, à la visite du matin, la face est légèrement cyanosée et la dypsnée semble plus forte que dans la bronchite ordinaire; température, 37°,2 le matin, 38°,2 le soir.

L'auscultation de la poitrine montre que les râles muqueux sous-crépitants sont beaucoup plus nombreux qu'au moment de l'entrée; ils sont disséminés des deux côtés, aussi bien aux bases qu'aux sommets. Pas de douleurs. Rien d'anormal au cœur, si ce n'est la fréquence des pulsations. Le malade n'a pas conscience de son état, il insiste pour avoir à manger.

La disproportion qui existe entre la dypsnée et les phénomènes stéthoscopiques fait soupçonner l'existence d'une tuberculose aiguë à forme asphyxique et fait craindre, dès le 7 juin, l'issue funeste de la maladie (bouillon, vin 15 ventouses sèches sur la poitrine, deux verres d'eau de Sedlitz ; il y a de la tendance à la constipation). Les jours suivants, la fièvre et la dyspnée augmentent progressivement.

8	juin	38°,2	le matin.	37°,5	le soir.
9	—	39°	—	39°,7	—
10	—	38°	—	39°,7	—
11	—	38°,9	—	39°,8	—
12	—	39°,2	—	38°,8	—

(1) Christy, Th. Paris, 1876.

Le 12 juin, le malade présente l'état suivant : décubitus dorsal, lèvres cyanosées ; toute la face présente une teinte plombée ; respiration très-fréquente (36 à 40 inspirations par minute) ; battements du cœur fréquents et tumultueux. Pas de douleurs ; intelligence nette ; rien d'anormal du côté des organes abdominaux.

La sonorité du thorax est normale ; à l'auscultation, on entend des râles sous-crépitants en très-grand nombre, disséminés dans toute l'étendue de la poitrine, aussi bien en avant qu'en arrière, aussi bien au sommet qu'à la base, et l'on ne peut mieux comparer cet état qu'à celui des malades atteints de bronchite capillaire. Pas de souffle, pas de frottements pleurétiques. Expectoration muqueuse peu abondante. Les bruits du cœur sont sourds, tumultueux et couverts en partie par les râles sous-crépitants, qui éclatent de tous côtés.

Le 9 juin, deux vésicatoires sont appliqués à la base de la poitrine, en arrière. La potion est continuée ; bouillon, vin.

La fièvre persiste jusqu'à la fin, sans caractère régulier :

13 juin	38°,6	le matin.	40°,2	le soir.
14 —	39°,7	—	39°,2	—
15 —	38°,9	—	39°,3	—
16 —	38°,8	—	»	

Dans la nuit du 13 au 14, il y a un peu de délire. Le 14, la dyspnée et la cyanose augmentent ; somnolence continuelle. Les réponses du malade sont le plus souvent inexactes. Un peu de diarrhée. Le malade meurt le 17 juin, à six heures du matin.

Autopsie faite le 17 juin. *Thorax.* Les poumons présentent de nombreuses adhérences à la cage thoracique ; retirés, ils ne s'affaissent pas ; ils ont une couleur foncée et ne crépitent pas, sauf sur quelques points très-limités. Au-dessous de la plèvre, on aperçoit des granulations tuberculeuses de différents volumes, les granulations qui se trouvent au sommet ont la grosseur de grains de chènevis ; elles sont blanchâtres, mais ils n'existe pas d'amas caséeux anciens, pas de gros tubercules, pas de cicatrices aux sommets ; dans les lobes supérieurs, granulations grises, grosses, tout au plus, comme des grains de millet, en très-grand nombre.

Ganglions bronchiques volumineux, ramollis (*lésions probablement anciennes*).

Péricarde. — Sérosité citrine en assez grande quantité, plaques laiteuses sur la péricarde viscéral. Pas de tubercules.

Cœur. — Rien d'anormal.

Abdomen. — Ganglions mésentériques volumineux, pigmentés, ramollis, sur quelques points. Quelques-uns de ces ganglions ont le volume de châtaignes.

Gros intestin. — Rien.

Intestin grêle — Immédiatement au-dessus de la valvule iléo-cœcale, ulcération, à fond pigmenté et bord affaissé. Plus haut (partie terminale de l'intestin grêle), tubercules blanchâtres qui paraissent siéger en grande partie dans les follicules clos. Au centre de la plupart d'entre eux, on trouve un petit point noirâtre. Les glandes de Peyer sont intactes.

Rate. — Assez volumineuse, ramollie par des tubercules visibles à l'œil nu.

Reins. — Tubercules en grand nombre disséminés dans la substance corticale et même dans la substance tubuleuse. Quelques-uns ont le volume de grains de chènevis.

Foie. — Pas de tubercules visibles à l'œil nu. A la superficie, on trouve de distance en distance des taches arrondies, jaunâtres, grandes comme des lentilles environ. Quand on fait une coupe à ce niveau, on trouve de petites cavités grosses en moyenne comme des grains de raisin, remplies par de la bile jaunâtre épaisse. Sur un point, la paroi d'un de ces kystes est crétacée, et au bord antérieur du foie on trouve une production blanchâtre, mamelonnée, crétacée, qui ressemble à une cicatrice imprégnée de sels calcaires.

Pas de calculs dans la vésicule, qui renferme de la bile brunâtre en assez grande quantité. Pas de dilatation des canaux biliaires, rien en somme indiquant qu'il y a eu rétention.

Le péritoine ne contient pas de tubercules.

Cerveau. — Méninges, rien d'anormal.

Obs. XII. — *Tuberculose miliaire aiguë à forme de bronchite capillaire.*

Bonnal, 41 ans, cocher. Entre le 13 janvier 1875, St-Louis, n° 17 (Service de M. Gubler). — Mort le 16 janvier. — Autopsie.

Cet homme avait toujours eu une bonne santé jusqu'à présent. *Depuis 2 mois* seulement, il est malade. A ce moment, il a été pris d'un frisson, avec toux, dyspnée ; bref, symptômes de bronchite aiguë, qui, au lieu de s'amender, ont persisté jusqu'à aujourd'hui. — Il n'était pas sujet, du reste, à contracter des bronchites, et jamais il n'a craché de sang avant sa maladie ; depuis, il a trouvé parfois quelques filets de sang dans ses crachats. — *Pas d'antécédents tuberculeux dans sa famille.* — Alcoolisme douteux.

On l'amène à l'hôpital dans un état général assez grave. Il a le pouls fréquent, à 120, petit et dépressible. La respiration est assez fréquente et haute ; il se plaint d'une vive douleur épigastrique qui s'exaspère quand il tousse ; son haleine est fétide, et il y a chez lui une *cyanose très-prononcée* des lèvres et des extrémités supérieures ; les ongles sont tout à fait violacés.

Cependant, la température générale ne paraît pas très-élevée, 39° seulement. Langue sèche, un peu sale. Rougeur à la gorge.

A la percussion, sous les deux clavicules, *un peu moins d'élasticité et de sonorité à droite.* Cette différence s'accentue encore davantage en arrière. Submatité très-accusée dans les fosses sus et sous-épineuses. La percussion également très-douloureuse en ces points; il y a même un peu d'*hyperesthésie* cutanée.

A l'auscultation, respiration rude et râles vibrants inégalement disséminés dans tout le poumon gauche, peut-être un peu plus abondants sous la clavicule gauche. — A droite, râles muqueux et sous-crépitants *disséminés partout mais prédominants au sommet* du poumon, sans aucune manifestation pneumonique ni cavitaire.

Le foie et la rate sont manifestement congestionnés : la rate surtout est aussi grosse que dans une fièvre typhoïde.

Inappétence complète depuis quelques jours; aucuns vomissements, mais dyspepsie continuelle : à une certaine époque, il a eu de la dyspepsie flatulente et des vomissements glaireux.

L'amaigrissement n'est pas très-prononcé : toutefois, le malade trouve que ses masses musculaires ont sensiblement diminué (*granulie*).

(Six ventouses scarifiées. Julep, 1 gr., teint. alc. de digitale, limonade).

14 janvier, soir. — L'affection se confirme dans le sens d'une phthisie aiguë. Expiration, souffle lointains au sommet gauche ; râles sous-crépitants au sommet droit ; chaleur très-forte et fièvre, 130 pulsations; beaucoup de dyspnée. T. 40°, R. 50.

15 janvier. — Hémoptysie assez abondante cette nuit. Ce matin, prostration extrême. Pouls, 134 ; 45 respirations. Chaleur vive; langue sèche et brune. Pouls très-petit, un peu irrégulier.

(Julep avec 4 gr. extrait de ratanhia), infusion de 0,60 de poudre de digitale.

Malgré tout, l'asphyxie augmente, et la mort survient dans la nuit du 15 au 16 janvier.

Autopsie. — Congestion pulmonaire excessive, passant à l'apoplexie sur quelques points. Granulations tuberculeuses innombrables remplissant le poumon, à tous les degrés possibles, la plupart blanches, avec le centre jaunâtre. Au sommet droit, une cavernule de la grosseur d'une fève ; sur un autre point, un noyau caséeux circonscrit.

Granulations sur la plèvre, dans la rate, sur le foie (peu nombreuses). Reins très-gros, congestionnés, mais sans tubercules. La rate est énorme et mesure 20 centimètres de longueur sur 10 de largeur.

Tableau de la température du pouls et de la respiration.

	MATIN			SOIR		
Janvier	Température	Pouls	Respiration	Température	Pouls	Respiration
13	»	»	»	39	120	40
14	41,2	130	50	41,2	130	45
15	40	135	44	39,8	140	60 au moins

La dyspnée est évidemment le symptôme le plus important de la tuberculose miliaire à forme de bronchite capillaire. Seulement, tandis que, comme nous l'avons vu, dans la forme granuleuse simple la dypsnée ne s'accompagnait du côté de la poitrine que de râles insignifiants, dans ce cas, on retrouve les signes ordinaires de la bronchite capillaire : ce sont des râles sous-crépitants, pouvant occuper toute la poitrine, ou être plus marqués en certains points.

Généralement ces râles sont plus marqués au sommet de la poitrine et peuvent même s'accompagner, à la percussion, d'un peu de submatité, qui tient probablement à la condensation en ce point des granulations tuberculeuses et à la congestion plus intense qui s'y est produite.

« Quelquefois, disent MM. Hérard et Cornil, la sonorité paraît au contraire exagérée, comme tympanique, et cette modification du son s'observe par places irrégulières, qui correspondent aux soulèvements emphysémateux de la surface pulmonaire. » Mais le plus généralement la percussion est normale.

Cette dyspnée a ordinairement une marche continue et progressive, mais il existe souvent des accès qui reviennent principalement pendant la nuit et qui ressemblent à des accès d'asthme aigu. — Parfois on peut suivre pour ainsi dire quotidiennement l'augmentation progressive des mouvements respiratoires.

Obs. XIII. — *Tuberculose aiguë primitive à forme asphyxique; mort.*
(A. Laveran, Contrib. à l'étude de la tuberculose aiguë.)

L..., 23 ans, soldat au 1er régiment provisoire, entre à l'hôpital Saint-Martin le 5 août 1871. Cet homme se dit malade depuis huit jours et se plaint de gêne de la respiration. Nous constatons un peu de fièvre et une dyspnée très-notable; mais comme à l'auscultation de la poitrine nous ne constatons aucun signe morbide, nous pensons que le malade exagère un peu la dyspnée. Le diagnostic : embarras gastrique, est porté.

25 août. La dyspnée persiste, le malade tousse; à l'auscultation de la poitrine, nous trouvons de petits râles muqueux disséminés, sans prédominance pour les sommets, peu de sibilance, expectoration muqueuse presque nulle. Le malade a de la fièvre, cependant il se lève encore une partie de la

ournée et demande à manger. Pas de diarrhée (potion avec sirop de Tolu, 30 gram.).

30 août, même état. Le matin, la température axillaire est à 39°, le pouls est à 108, le malade respire 44 fois par minute. Le soir, la température est à 38°,7, le pouls à 100, la respiration à 40. Le thermomètre marque 39° le matin.

1er septembre. L'auscultation de la poitrine ne fournit pas de nouveaux signes, la fièvre augmente (39°,4 le matin, 40 le soir). Badigeonnages iodés sur la poitrine, sirop de Tolu.

2 septembre, 39°,2 le matin, 40 inspirations par minute.

2 septembre, 39°,8 le matin. La dyspnée augmente.

Le 4, à la visite du matin, nous comptons 56 inspirations par minute. A l'auscultation de la poitrine, on trouve toujours les mêmes râles sous-crépitants prédominant aux bases. Toux fréquente, surtout la nuit; expectoration muqueuse peu abondante, pas de symptômes abdominaux, pas de diarrhée, pas de sueurs nocturnes, intelligence nette.

5 septembre. Orthopnée. 56 inspirations par minute; le malade nous dit qu'il a faillii étouffer cette nuit. La face est pâle, les lèvres bleuâtres, léger œdème des extrémités supérieures et inférieures. Le pouls est petit, filiforme; il bat environ 128 fois à la minute; le thermomètre marque 38°,8; toux rare; expectoration muqueuse peu abondante, analogue à celle de la bronchite à la première période. Dans la poitrine, on trouve à l'auscultation un très-grand nombre de râles sous-crépitants, également disséminés; la percussion ne nous apprend rien; à plusieurs reprises, et dès l'entrée du malade, nous avons examiné le cœur sans y trouver rien d'anormal. Pas de symptômes abdominaux.

6 septembre. Le malade ne peut plus se coucher tant l'oppression est grande; le pouls est filiforme, impossible à compter; les battements du cœur sont tumultueux. L'œdème des membres inférieurs a augmenté. Sudamina à la partie antérieure de la poitrine, à l'endroit où ont été pratiqués les badigeonnages iodés. (Vin sucré, lait additionné de sirop de Tolu).

9 septembre. L'orthopnée persiste, 60 inspirations par minute; lèvres cyanosées, l'œdème des extrémités supérieures et inférieures a encore augmenté, les urines renferment une très-notable quantité d'albumine; à l'auscultation, on trouve toujours des râles sous-crépitants, en nombre prédominant aux bases, quelques râles sibilants fins. En arrière et en haut, la respiration est très-incomplète des deux côtés. Les bruits du cœur sont clairs, précipités Intelligence nette. Le malade est triste et résigné.

Mort le 10 septembre.

Ainsi, le 30 août, il y avait 44 respirations par minute : gêne considérable, par conséquent, de la respiration. Le 2 septembre, légère

diminution (40 respirations); puis, le 4, la respiration atteint le chiffre de 56 par minute, et, le 9, celui de 60.

Le pouls suit d'une façon assez sensible le développement des phénomènes dyspnéiques : quand il y a 44 respirations, il bat 100 fois par minute ; pour 54, il bat 128 fois ; puis il devient tellement petit, tellement tumultueux, qu'il est impossible de le compter. Quant à la température, nous la voyons diminuer quand l'asphyxie se prononce de plus en plus ; tandis qu'au début elle suivait une marche ascendante en relation avec l'augmentation des mouvements respiratoires, elle commence à diminuer quand on compte 54 inspirations. Malheureusement, les jours suivants, elle n'a pas été prise.

Dans cette observation, on constate en outre, un accès de suffocation ; mais parfois, les accès de dyspnée sont beaucoup plus marqués, plus fréquents, comme le prouve l'observation suivante, communiquée à M. Laydecker par M. Lereboullet, et dont je détache ce qui suit :

« Les jours suivants, la fièvre éclate. La température se maintient avec des oscillations insignifiantes, autour du chiffre de 40°. En même temps, la dyspnée augmente, et, à plusieurs reprises, la nuit surtout, prend le caractère de l'orthopnée.

... Le 19 mai, les accès de dyspnée sont plus marqués, surtout la nuit, reviennent plus fréquemment et durent plus longtemps.

... Les jours suivants, la dyspnée augmente, une céphalée presque continue avec subdélire la nuit affecte le malade ; à plusieurs reprises, le 7, le 11 et le 12 juin, au milieu d'un accès dyspnéique plus marqué le malade a été pris d'une syncope avec sueurs abondantes. »

A quoi sont dus ces accès de dyspnée ? doivent-ils être rapportés à une congestion plus intense, rapide et passagère des poumons, comme le pensent certains auteurs ? C'est ce qu'il est fort difficile de dire dans l'état actuel de la science ; mais, si nous remarquons que ces accès sont plus particulièrement nocturnes, ne pourrait-on pas faire entrer un nouvel élément en ligne de compte : l'assoupissement dans lequel se trouve le malade rendant la respiration moins précipitée, mais donnant lieu ensuite à un défaut d'hématose, d'où besoin de respirer et accélération plus considérable des mouvements respiratoires

A cette dyspnée, il faut ajouter les signes stéthoscopiques qui révèlent forcément la congestion pulmonaire, et l'inflammation catarrhale qu'on retrouve généralement du côté des petites bronches. La congestion pulmonaire peut être parfois si intense qu'elle aboutit à l'hémorrhagie, et donne lieu à des hémoptysies (Obs. XII), mais ces hémoptysies sont moins fréquentes qu'on pourrait le supposer tout d'abord; il arrive plus souvent que les crachats soient seulement teintés de sang.

On comprend facilement, en présence d'une respiration aussi gênée, que le décubitus horizontal soit impossible, et que le malade passe sa vie assis sur son lit, occupé pour ainsi dire, à respirer; aussi l'insomnie est-elle à peu près complète.

La percussion ne donne généralement aucun résultat; « toutefois, il n'est pas rare de trouver un peu de submatité dans certains points de la poitrine, le plus souvent aux sommets, submatité en rapport avec la condensation du poumon qui résulte de la présence de tubercules et de la congestion plus ou moins prononcée du parenchyme, qui accompagne la bronchite; quelquefois, la sonorité paraît exagérée, comme tympanique, et cette modification du son s'observe par places irrégulières qui correspondent aux soulèvements emphysémateux de la surface pulmonaire. » (Hérard et Cornil.)

Il existe généralement une respiration rude et saccadée. L'auscultation révèle des râles nombreux répandus dans toute la poitrine et variant depuis le râle ronflant jusqu'aux râles sous-crépitants fins.

Ces derniers peuvent envahir indifféremment toute la poitrine ; c'est ce que constate l'observation XI. « A l'auscultation on entend des râles sous-crépitants en très-grand nombre, disséminés dans toute l'étendue de la poitrine, aussi bien en avant qu'en arrière, au sommet qu'à la base, et on ne peut mieux comparer cet état qu'à celui des malades atteints de bronchite capillaire. »

Néanmoins, ces râles ont souvent un siége de prédilection. Ils sont parfois plus marqués à la base, ce qui tient ordinairement à une congestion hypostatique ; aussi, dans ce cas, ne tardent-ils pas à changer de

caractère : ils deviennent humides. Mais c'est au sommet qu'ils sont généralement et les plus constants et les plus nets.

La respiration est saccadée et « le murmure vésiculaire est souvent en même temps affaibli dans une étendue variable, et ce phénomène s'explique, soit par l'emphysème concomitant, soit par l'obstruction de quelques ramifications bronchiques ». (Hérard et Cornil.)

Les troubles que nous venons de passer en revue entraînent naturellement après eux une gêne considérable de la circulation.

La gène de la grande circulation est souvent assez considérable pour donner lieu, comme nous en trouvons plusieurs exemples dans nos observations, à de l'œdème des extrémités inférieures, œdème qui peut être plus ou moins considérable.

La petite circulation peut être tellement gênée que parfois la percussion cardiaque permet de constater une dilatation du ventricule droit. L'hématose se fait d'une façon incomplète, et l'on voit les extrémités et la face se cyanoser, puis se refroidir. La température périphérique baisse, le pouls devient de plus en plus petit et filiforme. Les bruits du cœur, tumultueux et précipités, sont impossibles à compter, et le malade meurt dans l'asphyxie.

Les autres symptômes que l'on constate dans la tuberculose miliaire à forme de bronchite capillaire sont excessivement variables.

La température n'a rien de fixe, et si parfois elle présente les signes d'une fièvre catarrhale, ce n'est peut-être pas le cas le plus fréquent. Plus souvent, ce nous semble, elle se rapproche de la forme sub-continue, et on peut trouver très-peu de différence, dans la courbe thermique, entre le matin et le soir. Le plus généralement, il existe une grande irrégularité, la température peut être un jour plus élevée le matin que le soir ; le lendemain c'est l'inverse qui arrive, et parfois, dans le courant de la maladie, la température peut revenir à la normale. Souvent il y a chute de la température un jour ou deux avant la mort ; mais il existe encore ici des exceptions, et la chaleur peut se maintenir assez élevée. Le degré maximum qu'atteint la courbe thermique ne dépasse pas généralement 40°, et oscille le plus souvent entre 37°,5 et 39°,5. Le tableau suivant, que j'emprunte à la thèse de

M. Christy, rend, ce me semble, assez bien compte de quelques-unes des particularités que je viens de signaler. — Le malade mourut asphyxié :

	MATIN		SOIR	
	Température.	Pouls.	Température.	Pouls.
12 mars	»	»	39	92
13 —	37.6	80	38.8	92
14 —	37.4	76	37.8	76
15 —	37.8	80	38	92
16 —	38	80	38.6	96
17 —	39.2	96	39.2	100
18 —	39.4	100	39	104
19 —	39.2	100	39.6	104
20 —	39.2	96	39	100
21 —	39.2	100	38.8	100
22 —	39.6	104	38.6	96
23 —	39 4	100	39.2	96
24 —	39.8	104	39.6	96
25 —	38.8	108	39.4	100
26 —	37.4	104	38.8	100
27 —	38.8	100	38.8	104
28 —	38.8	112	38.8	104
29 —	39	112	39.4	116

Le pouls est toujours en rapport avec la gêne de la circulation ; cela ressort nettement de toutes les observations. L'expectoration est parfois difficile et rare ; d'autres fois elle est abondante et visqueuse ; le plus souvent elle est muqueuse et aérée.

Quant à l'état général, il est variable, suivant les cas. Nous avons vu, en effet, que parfois ce qui prédominait dès le début, c'était l'amaigrissement progressif et rapide, de la diarrhée, de la fièvre avec frisson le soir, et se rapprochant beaucoup de la fièvre hectique, si bien qu'on la désigne sous le nom de fièvre hectique aiguë. Mais, d'autres fois, les seuls phénomènes réellement importants sont ceux qui se rapportent à l'état local.

Les autres symptômes sont fort variables ; les plus constants appartiennent à l'appareil digestif et au système nerveux. Il y a, le plus généralement, de l'anorexie, rarement des vomissements ou de la diarrhée. Quand ces symptômes existent, c'est ordinairement une preuve que le péritoine ou l'intestin ont subi eux aussi l'influence directe de la tuberculose, soit sous forme de granulations, soit sous forme d'ulcérations.

L'intelligence est nette. Dans les derniers jours de la vie, cependant, on peut constater du délire ou plutôt du subdelirium ; c'est ainsi que le malade se découvre et quitte son lit pour errer sans but dans la chambre.

On peut constater aussi des sudamina ; tantôt les vésicules ne se rencontrent que sur l'abdomen, tantôt elles sont disséminées sur une grande partie du corps (faces antérieures du tronc et du cou, racines des membres, etc.)

Il existe souvent, et ceci peut être utile pour le diagnostic, des tuméfactions splénique et hépatique, dues généralement l'une et l'autre à un dépôt de tubercules miliaires ; mais la première (tuméfaction splénique) peut se produire indépendamment de cette cause. — On peut trouver aussi de l'albumine dans les urines, et cette albumine est due alors à des dépôts de tubercules et à des congestions rénales. Il existe souvent des complications abdominale, cardiaque, cérébrale qui nous rappellent que le plus généralement la tuberculose miliaire ne porte pas son action seulement du côté du poumon et qu'elle a beaucoup d'analogie avec les maladies infectieuses.

J'ai suffisamment insisté sur ces faits dans le chapitre précédent, et il faut toujours les avoir présents à l'esprit, car ils peuvent être d'un puissant secours pour le diagnostic différentiel de la maladie.

La tuberculose miliaire du poumon à forme de bronchite capillaire est une maladie aiguë, parfois même suraiguë, comme le prouve l'observation citée au début de cette étude et qui se rapporte à un malade emporté pour ainsi dire en quelques heures. Mais ces cas sont fort rares, et la durée de la maladie varie généralement entre trois et

huit septenaires. Il est évident que nous considérons ici la tuberculose miliaire du poumon indépendante de toute complication.

La terminaison par la mort est malheureusement trop fréquente ; néanmoins, il existe des cas évidents de guérison. Peut-on voir dans ces exemples une véritable guérison ? Ces cas doivent être rares, et quand on peut suivre ultérieurement le malade, on voit, soit de nouvelles manifestations de même ordre se produire, soit une tuberculose chronique s'établir et suivre son cours ordinaire (Lebert, Colin, Hérard et Cornil, etc., etc.).

On trouve dans les différents auteurs des observations évidentes de bronchite capillaire tuberculeuse guérie en tant que manifestation aiguë. L'observation suivante, recueillie par M. Laydecker sous le contrôle de M. Lereboullet, me paraît hors de toute contestation et me dispense d'insister davantage sur la marche que suit la maladie dans ces conditions.

Obs. XIV. — *Recueillie dans le service de M. Lereboullet* (in thèse de M. Laydecker).

C..., âgé de 22 ans, soldat au 80e de ligne, entre à l'hôpital le 13 décembre 1875, salle 27, n° 14.

C... est né dans la Gironde, près de Bordeaux. Ses parents jouissent d'une bonne santé, cependant il raconte qu'un de ses oncles, le frère de son père, est mort de la poitrine vers 25 ou 30 ans.

Notre sujet, jusqu'à l'âge de quatorze ans, ne fut jamais malade ; à peu près à cette époque, il eut coup sur coup plusieurs bronchites à la suite desquelles, quelques mois plus tard, il cracha du sang. A partir de ce moment, il eut des accès d'asthme.

Depuis l'incorporation, 23 octobre 1875, il n'avait encore eu que quelques accès passagers qu'il calmait par l'usage des cigarettes de datura et de digitale.

Le 11 décembre, dans la matinée, vers dix heures, il fut pris de quintes de toux que rien ne put calmer. La nuit, loin d'apporter du soulagement, ramena des accès de dyspnée excessivement violents. Le lendemain, le malade entra à l'hôpital.

Au moment de son entrée à l'hôpital, le malade était dans l'état suivant : La face était congestionnée, la toux incessante, se produisant toutes les deux ou trois secondes. La dyspnée touchait à l'orthopnée ; le malade ne respirait que par petites saccades (15 ventouses sèches), l'hématose se faisait mal (cyanose de la face et des lèvres). Ipéca.

Le 15 décembre, l'expectoration abondante, pénible, était visqueuse (potion avec kermès 0,20, ammoniaque liquide X gouttes, esprit de Mindererus 20 gr., extrait d'opium 0,20); les crachats contenaient du pus et des stries sanguinolentes.

Le 17, la fièvre était vive, surtout remarquable par la forme qu'elle avait revêtue dès le début. Les rémissions ont lieu le soir; les exacerbations, le matin. Délire violent, marqué surtout par des rêvasseries et des paroles incohérentes.

Auscultation. — Dans toute la poitrine, on entend des râles de toutes sortes, sibilants, ronflants, crépitants. Au sommet droit, il y a une expiration soufflante et des râles crépitants.

Percussion. — Diminution sensible au doigt de l'élasticité des parois thoraciques et submatité générale. La matité est évidente de chaque côté des gouttières vertébrales (de la quatrième à la sixième vertèbre dorsale), au niveau des ganglions bronchiques indurés.

Le 21. — L'état est le même. Dyspnée toujours très-intense. La fièvre continue à être toujours aussi vive; le délire continue toujours. A la potion kermétisée on joint : digitale en infusion, 1 gramme.

Le 23. — On peut remarquer que la courbe change, et, ce jour-là, sous l'influence de la digitale, la rémission a eu lieu le matin.

Le 24. — Les symptômes sont toujours les mêmes. La pneumonie du sommet est peut-être plus accentuée, les crachats plus purulents. On cesse la digitale.

Le 27. — La fièvre a repris la marche à exacerbation matinale; le pouls, qui s'était ralenti et déprimé sous l'influence de la digitale, reprend de la fréquence.

L'expectoration est moins pénible, la dyspnée moins forte, et le délire a disparu.

La fièvre tombe. La température, le 31 au soir, est à 37°. Le pouls se régularise. (Alimentation, vin, etc.).

Le 1er janvier. — Avec la chute de la température et de la fièvre, on voit se calmer les symptômes inflammatoires du parenchyme pulmonaire et des bronches. La dyspnée diminue et, le 3 janvier, notre malade se lève. La toux est moins fréquente, cependant reparaît encore assez souvent. L'expectoration est moins pénible, quoique encore visqueuse.

Les lèvres et la face sont encore un peu blanchâtres, cependant l'hématose se fait mieux.

Le 6, le 7 et le 8, les symptômes vont en diminuant. Cet homme part en congé de convalescence.

Ces symptômes, joints aux antécédents du malade, prouvent la justesse du diagnostic :

Bronchite généralisée; pneumonie du sommet droit; accès de suffocation (asthme), causés par une poussée aiguë de tubercules.

Les cas semblables à celui que je viens de citer sont malheureusement trop rares pour que le pronostic de la bronchite capillaire tuberculeuse ne reste pas toujours fort grave. La généralisation que prend souvent la maladie, l'envahissement trop souvent total de l'appareil respiratoire, font de cette forme de la tuberculose miliaire une forme grave et rapidement mortelle ; et, le malade guérit-il de sa bronchite, il y a naturellement toujours derrière la manifestation aiguë, la diathèse qui s'est révélée et qui suit malheureusement trop souvent sa marche impitoyable.

Ainsi, on le voit, la tuberculose miliaire du poumon peut revêtir la forme d'une bronchite capillaire, et, par la rapidité de sa marche et les troubles qu'elle produit, offrir l'aspect d'une maladie du cœur ; c'est généralement même la première idée qui vient à l'esprit de l'observateur.

Cependant, des différences notables existent entre ces deux genres d'affection, différences que révèlent la percussion et l'auscultation. Si parfois, et nous en avons cité un cas, le ventricule droit peut être dilaté, le plus souvent la percussion est négative dans lc tuberculose miliaire du poumon à forme de bronchite capillaire ; il en est de même de l'auscultation, qui reste muette et qui ne nous donne pas les bruits particuliers des lésions organiques du cœur, sur lesquels nous n'avons naturellement pas à insister ici.

Mais le diagnostic le plus difficile à établir est celui qui consiste à distinguer la tuberculose miliaire à forme de bronchite capillaire de la bronchite capillaire simple. Dans ce cas, il arrive fréquemment que le diagnostic est presque impossible. Comparant ces deux maladies, M. Jaccoud s'exprime ainsi : « La fièvre et la gêne respiratoire sont les mêmes ; les signes stéthoscopiques sont semblables ; à mesure que les râles sibilants et sous-crépitants fins se généralisent, la dyspnée augmente, la toux et l'expectoration sont identiques, en un mot, il n'y a pas de diagnostic possible pendant les deux premières semaines. Tout au plus, serait-on autorisé à formuler une présomption, si le patient est de constitution débile, s'il a des antécédents de famille suspects, ou bien s'il a subi l'une des maladies qui favorisent la granulose, rougeole,

fièvre typhoïde, coqueluche. La situation est un peu plus nette lorsque les accidents thoraciques sont compliqués d'une diarrhée alarmante et incoercible ; ce symptôme est étranger à la bronchite capillaire commune ; d'un autre côté, il ne peut, dans l'espèce, être attribué à une fièvre typhoïde, en raison de l'absence complète des phénomènes adynamiques ; il peut donc être rattaché avec vraisemblance à une tuberculisation de l'intestin ou du péritoine, et il devient ainsi un signe indirect de la lésion pulmonaire. — Après quinze à dix-huit jours, le diagnostic peut-être fait, car la bronchite capillaire simple tue avant ce temps-là, ou bien elle s'amende et les accidents de dyspnée et de fièvre diminuent aussitôt ; ici, au contraire, ils persistent et s'accroissent pendant deux ou trois semaines encore, jusqu'à ce que le patient soit tué par l'asphyxie, sans marasme, sans dépérissemen notable. »

Cette citation prouve combien est difficile le diagnostic différentiel entre la bronchite capillaire simple et la bronchite capillaire tuberculeuse. Les deux maladies ont souvent, en effet, la même allure, et présentent au point de vue des symptômes locaux des symptômes identiques. Comment, d'ailleurs, en serait-il différemment, puisque dans l'une et l'autre les lésions anatomiques sont les mêmes, car ce n'est pas le dépôt plus ou moins abondant de granulations tuberculeuses qui peut modifier en rien les phénomènes de percussion et d'auscultation : ce que nous avons dit de la tuberculose miliaire granuleuse le prouve surabondamment. Cependant, parfois, la localisation des râles dans l'intérieur du poumon pourra être une excellente indication diagnostique ; nous avons vu, en effet, que dans certain cas, ces râles étaient beaucoup plus marqués aux sommets des poumons, et s'accompagnaient à ce niveau d'un peu de submatité à la percussion ; mais il faut le reconnaître, ce signe est loin d'être absolu. Si à ces râles s'ajoutent des frottements pleuraux, le diagnostic acquerra beaucoup plus de précision, car ces derniers n'existent pas dans la bronchite capillaire ordinaire.

Mais, souvent, ce n'est pas aux symptômes locaux de l'appareil respiratoire qu'il faut demander le diagnostic que nous cherchons à établir.

Nous avons vu que le mode de début de la bronchite capillaire miliaire est loin d'être toujours le même, et que, parfois, cette maladie pouvait débuter par des symptômes généraux, tels que, amaigrissement, diarrhée, fièvre avec frissons le soir, tout autant de phénomènes qui ne se retrouvent pas dans la bronchite capillaire ordinaire. D'autres fois, on retrouve, dans les antécédents héréditaires ou personnels des malades, des signes indicateurs d'une diathèse tuberculeuse : bronchite répétée, crachements de sang, habitus extérieur, etc. Mais, hâtons-nous de le dire, ces phénomènes font souvent défaut, et c'est en pleine santé que l'individu est frappé.

Dans ces conditions, quels sont les éléments qui peuvent mettre le médecin sur la voie du diagnostic ? Nous l'avons dit, la tuberculose miliaire porte souvent son action sur des points autres que le poumon, sur les séreuses en particulier, sur la plèvre, par exemple ; nous avons déjà cité les pleurites sèches ; et, dans ce cas, le péritoine, les méninges, donnent lieu à des phénomènes particuliers qu'on ne retrouve pas dans la bronchite capillaire simple.

Mais il est un organe dont l'examen nous semble particulièrement important, c'est la rate; très-souvent, le volume de cet organe est augmenté, soit par suite du développement de granulations tuberculeuses dans sa capsule et son parenchyme, soit directement, pour ainsi dire, du fait même de la maladie générale. Or, cette augmentation de volume ne se retrouve pas dans la bronchite capillaire simple. Il en est de même du volume du foie. Mais l'augmentation de la matité hépatique est loin d'être aussi fréquente que celle de la région splénique.

L'examen des urines pourra aussi apporter son contingent comme indication diagnostique. Nous avons vu, en effet, que, dans la bronchite capillaire tuberculeuse, les urines pouvaient être albumineuses.

Le tracé thermique, par l'irrégularité qu'il présente dans certains cas, pourra être aussi d'un certain secours, car, ordinairement, c'est le type rémittent qui existe dans la bronchite capillaire non tuberculeuse.

Enfin, la marche de la maladie, sa durée plus grande dans la bronchite capillaire uberculeuse, pourront, comme l'a fait remarquer

M. Jaccoud, être très-utiles au diagnostic. Rappelons, cependant, que nous avons cité un cas de bronchite tuberculeuse dans lequel l'amélioration avait commencé à s'établir vingt jours environ après le début de la maladie.

En résumé, c'est le plus souvent en dehors des symptômes locaux qu'il faut rechercher le diagnostic différentiel de la bronchite capillaire tuberculeuse et de la bronchite capillaire simple ; il faut le demander aux antécédents du malade, soit héréditaires, soit personnels à l'état général du sujet, au mode de début de la maladie, à la fièvre, à la tuméfaction de la rate, et à des manifestations autres de la tuberculose, principalement celles qui portent sur les plèvres, le péritoine, les méninges, les reins, etc.

II

Tuberculose miliaire à forme de broncho-pneumonie et de pleuro-pneumonie.

Nous venons de voir que la tuberculose miliaire du poumon pouvait se révéler à nous sous la forme d'une bronchite. Parfois, les signes de cette dernière peuvent s'effacer et démasquer des lésions pneumoniques, dont nous allons retrouver le tableau clinique. Nous avons vu en outre que l'inflammation du parenchyme pulmonaire pouvait se retrouver dans les formes de tubercules miliaires que nous avons rapprochées des pyrexies ; nous ne reviendrons pas sur ces faits.

Nous voulons, dans ce chapitre, chercher à étudier les pneumonies miliaires primitives qui se présentent à nous sous la forme de broncho-pneumonie ou de pleuro-pneumonie avec prédominance de pleurésie.

A. *Pneumonie miliaire lobulaire.*

Le début de la maladie peut être variable : parfois, il est lent et progressif.

Ramois est un jeune soldat, âgé de 21 ans, d'une constitution grêle; sa poitrine est allongée et étroite, son squelette gracile; cependant, il n'existe pas chez lui d'antécédents héréditaires. Il n'a jamais fait de maladies graves, mais il est sujet à s'enrhumer tous les hivers. Appelé au service militaire au mois de septembre 1870, il fait la campagne dans l'armée de l'Est. Dès le mois d'octobre, il est pris d'une toux sèche et opiniâtre, parfois suivie de vomissements; il existe de l'anhélation, et, en même temps, il se produit de l'amaigrissement et de la perte des forces; l'appétit est cependant conservé, mais la diarrhée est fréquente, et il n'y a point de sueurs nocturnes. Ramois souffre cruellement des fatigues de la campagne et du froid. Après la retraite de l'armée en Suisse, il est admis dans un hôpital et y séjourne du 1er février au 21 mars 1871. Pendant cette période, il garde presque constamment le lit et paraît avoir eu de la fièvre; il se rappelle avoir eu des frissonnements; il était altéré, il avait de la céphalée; ses nuits étaient agitées par des rêves; cependant il n'y avait pas de sueurs, mais il existait de la diarrhée, une toux sèche et fréquente, des points douloureux passagers entre les épaules et sous le mamelon droit. C'est dans cet état qu'il arrive à Montpellier, où il reste quelques jours à l'infirmerie de son régiment, puis entre à l'hôpital Saint-Eloi. On constate alors les signes d'une pneumonie catarrhale miliaire des deux sommets.

D'autres fois, c'est par un appareil fébrile, à forme continue, qu'on désigne généralement sous le nom de fièvre typhoïde, que débute la broncho-pneumonie miliaire.

Guesnon, jeune soldat de 22 ans, tombe malade au mois d'octobre et fait un séjour de deux mois, à partir du 12 octobre, à l'hôpital d'Antibes, pour une fièvre continue qui est considérée comme une fièvre typhoïde. — Une quinzaine de jours après sa sortie (fin décembre), il est pris d'une dyspnée graduellement croissante et d'un point de côté à gauche, état qui nécessite l'application de plusieurs vésicatoires. — Le 20 janvier, Guesnon suit son régiment à Nevers, mais la dyspnée persiste et il est obligé d'entrer, le 30, dans une ambulance de cette ville, où il séjourne jusqu'au 28 février; sous l'influence de l'applica-

tion de nouveaux vésicatoires, l'état du malade redevient suffisamment bon pour que Guesnon puisse être envoyé en congé de convalescence à Montpellier ; mais, pendant le voyage, une nouvelle recrudescence se produit, et il est obligé d'entrer à l'hôpital Saint-Eloi, où l'on constate les signes d'une pleuro-broncho-pneumonie.

Il est évident que la fièvre continue dont Guesnon avait été atteint pendant les mois d'août, septembre et octobre n'était pas une fièvre typhoïde ; l'autopsie de ce malade, faite le 25 avril 1871, le prouve, car on ne constata pas du côté de l'intestin les traces caractéristiques de la lésion des plaques de Peyer. Il nous semble indiscutable, étant donnés les accidents consécutifs, que ce malade a eu à ce moment-là une poussée aiguë fébrile de tuberculose miliaire sans localisation bien précise; puis, consécutivement à cette poussée, il s'est produit des troubles dyspnéiques dus au développement de tubercules miliaires dans l'intérieur du parenchyme pulmonaire, et enfin des lésions inflammatoires se sont ensuite manifestées.

Un mode de début qui nous a paru très-fréquent et que je retrouve signalé dans plusieurs observations, est le suivant : le malade est pris d'un rhume qui paraît avoir peu d'importance, puis progressivement, ou bien sous l'influence d'une cause occasionnelle, d'un refroidissement par exemple, ce rhume s'aggrave, il s'y joint de la fièvre, et on constate les signes d'une broncho-pneumonie.

C'est ce début que nous retrouvons dans une des observations citées par MM. Hérard et Cornil et intitulée : *Phthisie granuleuse avec pneumonie lobulaire généralisée* (phthisie aiguë à forme typhoïde).

« Le nommé L... (Joseph), âgé de trente-cinq ans, cocher, a toujours été bien portant. A part quelques maux d'yeux dans son enfance, il ne se rappelle aucune maladie importante ; il est grand, bien musclé; sa constitution paraît vigoureuse ; il n'est pas sujet à s'enrhumer, quoique fréquemment exposé par sa profession aux vicissitudes atmosphériques. Il n'a jamais craché de sang. Sa nourriture est bonne, mais il s'adonne avec excès aux boissons alcooliques.

« Vers le 16 janvier 1865, cet homme, jouissant d'une parfaite santé, contracta un rhume, auquel il fit d'abord assez peu d'attention. Ce

rhume, en effet, n'offrait rien d'inquiétant; il consistait en une toux modérée avec légère oppression et expectoration de crachats muqueux. Il n'y avait pas de fièvre. Cet état persista sans changement notable pendant un mois, et durant tout ce temps le malade ne garda pas le lit et put même plusieurs fois aller consulter un médecin, qui lui ordonna quelques potions calmantes et un éméto-cathartique.

Le 17 février, après une longue course à pied, il éprouva un grand malaise; la toux et l'oppression augmentèrent d'intensité; il s'y joignit une fièvre vive, sans frissons, de l'anorexie, une soif considérable, de l'accablement. Il se décida à se faire transporter à l'hôpital Lariboisière, le 21 février.

MM. Hérard et Cornil constatèrent alors les signes d'une pneumonie lobulaire.

Une hémoptysie annonce quelquefois le début d'un travail inflammatioire. MM. Hérard et Cornil citent à cet égard une observation qui nous paraît caractéristique. Chez un malade qui présentait depuis quelque temps déjà des signes de toux et de dyspnée, survint au bout de deux mois une forte hémoptysie, à la suite de laquelle la santé s'altéra; puis peu à peu l'embonpoint reparut, mais la toux persista. Six mois environ après l'apparition de cette dernière, survint, sans cause appréciable, un nouveau crachement de sang, plus considérable encore que le premier. Au moment de l'accident, le malade perdit connaissance, et tout aussitôt la fièvre se déclara; la toux était vive, l'oppression très-marquée; les crachats jaune-verdâtres étaient mélangés de sang pur.

« La percussion fit alors reconnaître un son obscur au-dessous de la clavicule gauche. En arrière, de ce côté, existait une submatité très-évidente dans la moitié supérieure. La voix et la toux retentissaient dans ces points. Du côté droit, la respiration était rude, soufflante, dans toute l'étendue du poumon, en avant et en arrière; mais on ne distinguait aucun bruit anormal. »

Parfois, enfin, la maladie débute plus rapidement; les symptômes locaux et généraux s'accusent de bonne heure, comme dans l'observation que nous retrouverons plus loin, et qui est due à M. Fournet.

Néanmoins, je n'ai point constaté cette brusquerie dans le début, qui est le propre des affections inflammatoires franches. MM. Hérard et Cornil disent l'avoir rencontrée, mais rarement.

La maladie établie, l'attention du médecin est attirée tout d'abord par les troubles de l'appareil respiratoire et par l'état général du sujet.

Ordinairement, il existe une cyanose assez marquée ; les yeux sont brillants, les pommettes colorées, et les lèvres brunes ; et on contate souvent une toux incessante avec expectoration abondante spumeuse et visqueuse. La dyspnée est généralement très-accentuée et s'explique facilement par l'examen physique du malade. La peau est chaude, sèche, rugueuse ; le pouls est fréquent, et la température atteint souvent un chiffre assez élevé. La langue est sèche, blanche, la soif vive, le ventre légèrement ballonné. Il existe de la diarrhée; les malades se plaignent d'insomnie et de rêvasseries pendant la nuit.

L'examen de la poitrine peut révéler les faits suivants : à l'inspection, on constate, dans certains cas, des déformations thoraciques dues à d'anciennes pleurésies, qui ont laissé après elles des adhérences, lesquelles, en se rétractant, entraînent ces modifications de la cage thoracique sur lesquelles je n'ai pas à insister.

A la percussion, on constate, suivant les points, soit une submatité, soit, au contraire, une sonorité exagérée. Cette dernière est évidemment due à un emphysème lobulaire qui peut être plus ou moins étendu. — Quant à la submatité, elle affecte généralement une distribution assez irrégulière; elle peut occuper les différents points de la poitrine, mais c'est aux sommets des poumons qu'elle est ordinairement le plus marquée, et elle s'accompagne en ces points de douleur à la percussion. Très-souvent on constate à la partie inférieure d'un ou des deux côtés de la poitrine une matité à forme parabolique, qui se rattache à un épanchement pleurétique plus ou moins considérable.

Les bruits que révèle l'auscultation sont ceux de la broncho-pneumonie ordinaire ; ils peuvent être généralisés dans toute la poitrine, mais ils sont ordinairement beaucoup plus marqués et plus fixes aux sommets. En effet, un des caractères de ces bruits est leur mobilité et

leur facile déplacement dans les différentes régions du thorax, excepté aux sommets, où ils sont plus persistants et généralement plus nets. Tandis qu'on trouve, par exemple, en arrière, une rudesse marquée de la respiration, tandis qu'on trouve en avant une respiration couverte aux deux temps par des râles sonores, tandis qu'on trouve à la base de l'un ou de l'autre poumon un point où existent du souffle et des râles sous-crépitants dans les inspirations profondes, on constate aux deux sommets généralement une inspiration soufflante, couverte parfois par quelques râles sonores, ou bien une diminution du bruit respiratoire ou une expiration prolongée, ou bien enfin des râles sous-crépitants et un véritable souffle tubaire.

L'expectoration, parfois rare et difficile, est visqueuse, jaunâtre, le plus souvent striée de sang. Ce dernier phénomène est excessivement fréquent, et c'est avec raison, selon nous, que MM. Hérard et Cornil y insistent : « Nous appelons particulièrement l'attention, disent-ils, sur la présence du sang dans l'expectoration. C'est un phénomène que nous avons constamment rencontré chez nos malades et qui a été signalé par un grand nombre d'observateurs. »

La toux est fréquente, quinteuse, et fatigue beaucoup le malade. Elle est surtout marquée le matin et le soir, et s'accompagne souvent d'oppression. Ces quintes de toux réveillent alors des douleurs névralgiques qui peuvent exister en différents points de la poitrine, mais qui ont leur siége de prédilection au-dessous du mamelon.

Les hémoptysies sont assez fréquentes dans cette forme de tuberculose et aggravent naturellement l'état du malade en ajoutant à sa débilitation.

Il peut enfin se produire d'autres hémorrhagies, principalement des épistaxis.

Les troubles du système nerveux encéphalique sont ordinairement assez peu marqués et peuvent ne consister qu'en insomnies avec agitation nocturne et rêves. La céphalalgie peut manquer complétement, et quand elle existe elle est, dans la majorité des cas, diffuse et non continue. L'intelligence reste nette, et quand le délire survient, c'est à la fin de la maladie; il tient évidemment à l'adynamie dans laquelle

est plongé le sujet. Ce délire généralement nocturne, est un délire tranquille.

Il peut exister aussi un peu d'endolorissement des masses musculaires.

Si dans des cas rares, l'appétit peut être conservé, l'anorexie est généralement complète. La langue est blanche, pâteuse. Le malade a soif et il existe parfois des vomissements qui sont le plus souvent mécaniques, et dus aux quintes de toux dont nous signalions plus haut la fréquence et l'intensité. Le ventre peut être souple ou légèrement ballonné, parfois sensible à la pression. — On constate, et ceci est un fait digne d'attention, car on le retrouve sinon dans toutes, du moins dans le plus grand nombre des observations, une augmentation du volume de la rate, augmentation parfois très-peu marquée mais pouvant atteindre dans d'autres cas des dimensions assez considérables. C'est ainsi que nous voyons dans une de nos observations, la matité splénique mesurer 18 centimètres suivant son grand diamètre et 10 suivant son petit. La région splénique est ordinairement dans ces cas endolorie. Le foie peut être, lui aussi, augmenté de volume. Quant aux urines, elles n'offrent généralement que les signes des urines fébriles, mais parfois elles peuvent devenir albumineuses, ce qui est dû, le plus souvent, à des dépôts de granulations miliaires et à des congestions rénales.

L'état général offre, lui aussi, des considérations fort importantes. La fièvre, avons-nous dit, est souvent assez intense, et peut se maintenir telle pendant tout le cours de la maladie, les caractères de la fièvre sont fort variables; elle peut être nettement rémittente, et cela à un point tel que le soir la température atteint 39°,6 et même 40°, tandis que le matin elle tombe à 37°,6 ou 37°,8. Il peut parfois se produire une chute qui ramène le matin la courbe thermique au-dessous de 37°.

Tableau de la température et du pouls chez un malade atteint de broncho-pneumonie miliaire.

	MATIN		SOIR	
Dates.	Température.	Pouls.	Température.	Pouls.
Avril.				
13	»	»	38.8	100
14	37.3	98	38.9	96
15	37.6	88	38.2	92
16	37.7	92	38.1	100
17	38.5	96	38.9	96
18	36.6	84	38.4	96
19	36.9	84	38.4	92
20	37.2	80	38.1	88
21	37.5	88	38.4	96
22	37.5	84	38.7	100
23	37.6	88	38.8	96
24	37.4	78	39.1	88
25	37.7	80	39.	116
26	37.	80	38 5	92
27	37 9	76	38.7	84
28	36.8	76	38.3	88
29	36.8	80	38.4	84
30	37.	84	38.5	88
Mai.				
1er	37.5	60	38.5	80
2	37.5	78	38.2	84
3	36.6	60	38.2	80
4	36.4	64	38.5	84

D'autres fois, au contraire, la température est subcontinue; elle se maintient à un degré à peu près inflexible, et peut atteindre 39°,5 matin et soir; ainsi, je trouve noté dans une observation que, pendant les trois semaines qui précédèrent la mort, la température se maintint entre 39° et 39°,4.

Un malade qui, à la suite d'une période latente assez longue, eut une période pyrétique de huit jours, époque à laquelle il mourut consécutivement à une lésion cardiaque, présenta le tableau suivant :

	MATIN		SOIR	
Février.	Température.	Pouls.	Température.	Pouls.
7	»	»	39.6	104
8	40.1	118	40.	118
9	39 7	118	40.1	128
10	39.9	138	39.8	142.
11	37.7	158	»	»

Le pouls est fréquent, et il ne tarde pas à devenir mou et facilement dépressible; il suit ordinairement d'une manière assez régulière l'élévation thermique, sauf, naturellement, quand l'asphyxie fait des progrès; nous trouvons dans ces cas-là, les phénomènes que nous signalions au point de vue de la bronchite capillaire.

Mais les autres caractères de cette fièvre ne sont pas moins importants à noter que ceux que nous donne l'examen de la courbe thermique. Elle revêt parfois des caractères tels, que Fournet la désignait sous le nom de *fièvre hectique aiguë*.

Cet auteur parlant d'un malade, du service de M. Andral, atteint de tuberculose miliaire du poumon, avec engouement pulmonaire, et hépatisation en certains points, raconte son histoire de la manière suivante.

Obs. XV.— Faucherand, âgé de 24 ans, entra, le 2 mai 1837, à l'hôpital de la Charité (service de M. Andral); sa constitution était extrêmement robuste; sa force presque athlétique; membres volumineux; poitrine large, saillante, régulière; formes anguleuses; système pileux, noir; intelligence pesante, mais jugement très-sain. Son père, âgé de 80 ans, d'une constitution semblable à la sienne, avait toujours joui et jouissait encore d'une très-bonne santé, ainsi que sa mère, femme très-robuste, qui était âgée de soixante-six ans. Ses deux frères et sa sœur étaient, de même, très-fortement constitués et d'une santé parfaite.

« Toujours en bonne santé jusque-là, quinze jours avant son entrée à l'hôpital, sans cause bien appréciable, il fut pris d'un rhume assez violent, suivi de toux, de fièvre, de malaise général très-prononcé. Au bout de huit jours, la fièvre s'accroît et le malade est obligé de garder le lit. A partir de cette époque, des symptômes très-aigus de fièvre hectique se manifestèrent, et leur intensité s'accrut rapidement.

Du 2 au 12 mai, accroissement des phénomènes morbides. En peu de

jours, il tomba dans un tel état d'anéantissement des forces et d'amaigrissement, que bientôt il fut presque méconnaissable. La peau devenait de jour en jour plus sèche et plus brûlante. La face exprimait surtout un sentiment d'oppression, de gêne intérieure, d'angoisse respiratoire, très-marquées pour l'observateur, quoique peu sensible pour le malade qui disait être simplement oppressé. Fièvre violente, pouls fréquent, comme sautillant, petit et mou.

12 au soir. *Examen de la poitrine.* Dans toute l'étendue de la région antérieure de la poitrine, nous constatons les signes suivants : inspiration diminuée de durée; expiration augmentée de beaucoup d'insensité et de durée; caractère *bronchique* dans quelques points du sommet de la poitrine, dans le gauche surtout. A mesure qu'on s'éloignait du sommet du thorax, les bruits respiratoires reprenaient leur timbre naturel mêlés çà et là de timbre *clair* ou *soufflant* pendant l'expiration. Ces phénomènes se font entendre, mais irréguliers et par places seulement dans le reste de l'étendue de la partie antérieure de la poitrine. Voix évidemment bronchophonique sous la clavicule gauche, retentissement moindre sous la clavicule droite, et inégal et presque nul dans le reste de la partie antérieure de la poitrine. A l'exception de la région sous-claviculaire gauche où le son était un peu obscur, la percussion ne fournissait rien d'anormal; la vibration vocale était un peu moindre sous la clavicule gauche que sous la droite; l'inspection ne faisait reconnaître aucune déformation appréciable du thorax; le malade ne sentait aucune différence entre les deux côtés de la poitrine, soit pour la respiration, soit pour la sensibilité à la percussion; la voix, auscultée à distance, offrait, pour seul caractère normal, d'avoir un ton grave, particulier. Jusque-là, le traitement avait consisté dans de simples adoucissants. Le 12, au soir, on lui pratiqua une saignée de cinq palettes et on lui fit mettre des sinapismes aux jambes. Il mourut le 16 mai, avec un peu de délire, au milieu des symptômes ordinaires de l'asphyxie.

Dans cette observation, où l'on trouva à l'autopsie une quantité innombrable de tubercules, de *forme exclusivement miliaire*, tous à l'état cru, plus confluents au sommet, mais disséminés dans les deux poumons, au milieu d'un parenchyme pulmonaire engoué et même hépatisé dans certains points; dans cette observation, disons-nous, la rapide atteinte portée à l'état général, le dépérissement, l'anéantissement des forces et l'amaigrissement, ne frappaient pas moins l'attention du médecin que ces troubles aigus qui amenèrent si rapidement l'asphyxie.

Sans être toujours aussi marqués, les troubles généraux sont notés dans les diverses observations; on constate de l'amaigrissement, une prostration considérable des forces; puis, le plus souvent, l'adynamie se

prononce de plus en plus, les lèvres deviennent fuligineuses; la langue et les dents s'encroûtent, et il existe une prostration considérable des forces. Cependant, l'intelligence reste nette; provoqué, le malade répond parfaitement aux questions qu'on lui pose, mais il redevient bientôt indifférent à ce qui l'entoure; on constate de la diarrhée, le malade laisse aller son urine sous lui ; des frissons, avec un mouvement fébrile plus intense et des sueurs se manifestent le soir, et le malade est entraîné ainsi par une adynamie de plus en plus profonde.

D'autres fois, après un temps de rémission de durée variable la pneumonie miliaire passe à la caséification, avec marche plus ou moins chronique. L'observation suivante, que nous empruntons à MM. Hérard et Cornil, en est un exemple (*De la phthisie pulmonaire*, page 259).

Obs. XVI. — *Phthisie granuleuse généralisée, avec pneumonie lobulaire caséeuse, surtout marquée du côté droit.*

Le 18 avril 1865, nous reçûmes dans notre service (salle Saint-Landry, n° 9) le nommé Émile B..., âgé de trente-six ans, palefrenier.

Cet homme est né de parents bien portants ; lui-même n'a jamais fait de maladies sérieuses ; il ne tousse pas l'hiver, il n'a présenté aucun symptôme de rhumatisme ni de scrofule. Il est adonné aux boissons alcooliques. Cet hiver, vers la fin de décembre, exposé par sa profession au froid et à l'humidité, il a contracté un rhume accompagné d'extinction de voix. Ce rhume ne le força pas à garder le lit. Il n'avait pas de fièvre, ne maigrissait pas, avait conservé l'appétit, seulement il toussait continuellement et expectorait des crachats blancs jaunâtres. Six semaines avant son entrée à l'hôpital, il commença à sentir ses forces diminuer sensiblement. Le 16 avril, avant la nuit, il fut pris tout à coup de suffocation et s'aperçut qu'il rendait du sang par la bouche en grande quantité (2 litres environ). Tout aussitôt il perdit l'appétit et éprouva de la fièvre. Le lendemain, dans la nuit, il cracha de nouveau le sang abondamment.

Etat actuel le 19. Constitution robuste, tempérament lymphatico-sanguin. Sensation de grande faiblesse, inappétence, soif vive, pouls fréquent sans chaleur notable de la peau ; pas de nausées, pas de vomissements, constipation, toux fréquente, crachats muco-purulents mélangés de sang pur ; pas de point de côté. La percussion donne un peu d'obscurité au sommet droit en avant, comparativement au côté gauche ; dans ces deux sommets, le murmure vésiculaire est normal ; vers le tiers moyen du poumon

droit, l'inspiration est rude, soufflante; expiration faible; pas de râles d'aucune sorte; en arrière, un peu d'obscurité générale dans les deux côtés de la poitrine. A l'auscultation, légers râles sous-crépitants au sommet droit, inspiration soufflante dans les deux tiers inférieurs; à gauche, quelques râles sous-crépitants au sommet, faiblesse de la respiration dans le reste de l'étendue.

Pendant une semaine, l'état reste à peu près le même; le malade se remet graduellement de la grande faiblesse occasionnée par les pertes abondantes de sang qu'il a faites; la toux continue; les crachats ne sont plus mélangés de sang, ils sont jaunâtres, épais, comme purulents; le malade a de la fièvre. On perçoit dans toute la hauteur du poumon droit, en avant, surtout à la partie moyenne et presque exclusivement dans l'inspiration, des râles fins et secs, assez peu distincts; râles crépitants probables, ayant quelque ressemblance avec un frottement crépitant. En arrière, râles sous-crépitants et sibilants dans l'inspiration. Expiration soufflante, légèrement creuse au sommet, sibilante dans la moitié inférieure, avec quelques râles sous-crépitants. A gauche, en avant, respiration soufflante et légèrement saccadée sous la clavicule; dans le reste de la hauteur, quelques râles sous-crépitants peu nombreux. En arrière, respiration un peu soufflante, quelques râles sibilants et sous-crépitants disséminés.

L'examen de la poitrine, pratiqué avec soin chaque jour, nous montre la marche progressive et continue des lésions, surtout du côté droit. La diminution de la sonorité thoracique augmente et se remarque dans toute la hauteur du poumon de ce côté; en même temps l'oreille perçoit distinctement des râles bullaires très-nombreux, ils sont un peu plus gros que les jours précédents et méritent le nom de sous-crépitants; leur timbre est sec. En arrière, ils existent également, surtout dans la moitié inférieure, mais ils sont moins prononcés, moins superficiels. A gauche, les râles ont peu varié. La peau chaude, le pouls très-fréquent (130 pulsations). Le malade est abattu; il tousse et expectore des crachats jaunâtres, épais, striés de sang; l'oppression est très-vive; il y a une inappétence absolue. Sans diarrhée, sans vomissements.

Le 2? mai, dans tout le poumon droit, en avant, nous percevons des râles sous-crépitants très-humides. En arrière, ces râles ont conservé leur caractère de sécheresse.

Le 29 mai, les râles sous-crépitants se transforment en véritables petits gargouillements; à la partie antérieure thoracique, on les perçoit dans les deux temps. En arrière, râles sous-crépitants disséminés. A gauche, au sommet, râles sous-crépitants; respiration soufflante et rude, mélangée de quelques râles ronflants dans le reste de l'étendue du poumon en avant et en arrière; prostration, épistaxis, langue humide, inappétence, pas de diarrhée, pas de douleur de ventre, pas de ballonnement, pas de taches lenticulaires, transpirations abondantes depuis quelques jours; 125 pulsations, 36 respirations par minute, toux fréquente, expectoration diminuée. Mort le 2 juin.

Autopsie. — Les sommets des deux *poumons* sont adhérents à la plèvre pariétale par des fausses membranes anciennes. Le poumon droit présente un très-grand nombre de granulations grises, semi-transparentes, dont quelques-unes sont opaques et jaunâtres à leur centre. A la partie antérieure moyenne, là où nous avions perçu surtout les râles sous-crépitants humides existent de nombreux noyaux de pneumonie catarrhale, dont plusieurs ont passé à l'état caséeux. Ces masses caséeuses ont la grosseur d'une tête d'épingle à un petit pois. Quelques-uns sont en voie de ramollissement et représentent un commencement de cavernules. Au sommet, les lésions sont les mêmes, mais moins avancées, on constate de la pneumonie catarrhale, mais à peine de noyaux caséeux. A la partie tout à fait inférieure, on ne voit que des granulations au milieu d'un tissu simplement congestionné et légèrement emphysémateux sur les bords. En arrière, l'état est le même qu'au sommet. On remarque des granulations en grand nombre et des noyaux de pneumonie catarrhale, qui n'ont pas encore atteint le degré d'hépatisation jaune.

Le poumon gauche présente des granulations grises, semi-transparentes, seulement elles sont un peu moins nombreuses qu'au poumon droit. Le tissu pulmonaire qui les entoure est congestionné, mais il existe à peine quelques noyaux de pneumonie catarrhale. Aucun d'eux n'est caséeux. De l'emphysème existe à la base et au bord antérieur.

Les bronches, surtout celles du côté droit, sont rouges et un peu épaissies. La *rate* est grosse. Le *foie* n'est pas graisseux. Aucun autre organe ne contient de granulations.

L'intestin est entièrement sain.

Mais si la pneumonie miliaire est reliée par des faits de ce genre aux pneumonies caséeuses, elle est rattachée par d'autres à la tuberculose miliaire généralisée, et l'on peut voir l'individu succomber, rapidement emporté par des troubles encéphaliques, dus à la présence de granulations tuberculeuses, ou bien encore, par des péricardites et des endocardites ulcéreuses, etc.

La broncho-pneumonie miliaire qui, nous le répétons, se complique très-souvent de pleurésie, soit sèche, soit avec épanchement, a une *durée* variable : nos observations le prouvent; cependant, cette durée est ordinairement de six semaines à deux ou trois mois.

Nous venons de suivre la marche de la maladie vers sa terminaison fatale. En est-il toujours ainsi? Nous ne le pensons pas. La broncho-pneumonie miliaire aiguë peut guérir, croyons-nous.

Mais cette guérison n'est-elle toujours que temporaire, ou peut-elle

être parfois définitive? C'est là une question pour la solution de laquelle nous manquons des éléments nécessaires, et je ne crois pas qu'il existe dans la science des observations suffisamment suivies pour qu'on puisse se prononcer à cet égard. Mais, en tous cas, les phénomènes aigus peuvent parfaitement disparaître; le malade reprend alors son état antérieur et semble complétement rétabli. Je ne cite pas d'observation de guérison de tuberculose miliaire à forme de broncho-pneumonie, en prenant ce terme de guérison dans le sens que nous venons d'indiquer. On en retrouve dans les différents auteurs, principalement dans ceux qui se sont occupés du traitement de la tuberculose par le tartre stibié; les phénomènes se passent d'ailleurs de la même manière que dans la bronchite capillaire.

C'est en nous basant sur le mode de débuts, sur les symptômes locaux et sur les symptômes généraux que nous pourrons établir le *diagnostic différentiel* de la broncho-pneumonie miliaire et de la broncho-pneumonie ordinaire; car les signes fournis par l'exploration physique ne nous permettent d'hésiter que sur la nature de la maladie et non sur la forme des lésions pulmonaires auxquelles on a affaire.

Le début de la broncho-pneumonie tuberculeuse, nous l'avons vu, est variable : tantôt elle se développe progressivement, insidieusement tantôt on retrouve dans les antécédents du malade un état fébrile qui a laissé après lui de la dyspnée, de la toux, symptômes qui vont progressivement en s'aggravant; tantôt c'est à la suite d'une hémoptysie qu'éclatent les phénomènes généraux et locaux qui caractérisent la broncho-pneumonie; tantôt, enfin, c'est à la suite d'un rhume qui, d'abord peu inquiétant, va en s'aggravant. Aux symptômes locaux s'ajoutent souvent, dès la période de début, de l'amaigrissement, de la prostration des forces, parfois même un léger mouvement fébrile. Enfin, on peut retrouver dans les antécédents personnels ou héréditaires de l'individu des traces révélatrices de la diathèse tuberculeuse; ce sera l'habitus extérieur, ce sera la tendance à s'enrhumer, ce seront des pleurésies ayant entraîné après elles des déformations thoraciques, ce seront enfin des poussées fébriles antérieures de tuberculose miliaire.

Une fois la maladie confirmée, ce seront, et la localisation plus fréquente et plus fixe aux sommets des poumons de la submatité, et des signes stéthoscopiques, et les douleurs au niveau de cette région ; ce sera l'envahissement ordinaire des deux poumons ; ce seront des pleurésies, soit sèches, soit humides ; ce sera l'expectoration dont nous avons donné plus haut la description ; ce seront des hémoptysies ; ce sera enfin parfois le défaut de rapport entre la fréquence de la respiration et les signes locaux qui mettront le médecin sur la voie du diagnostic. A cela il faut ajouter les altérations concomitantes, l'augmentation très-fréquente du volume de la rate, parfois du foie, la présence possible de l'albumine dans les urines et les complications qui peuvent se produire du côté de l'abdomen, des méninges, et d'une manière générale du côté des séreuses ou bien sur le larynx par exemple.

L'état général pourra aussi fournir d'utiles indications diagnostiques ; nous avons vu, en effet, dans la broncho-pneumonie tuberculeuse, l'état général ne pas moins attirer l'attention que l'état local. La courbe thermique est souvent toute différente de celle de la broncho-pneumonie ordinaire. Les caractères de la fièvre, qui lui ont fait donner, dans certains cas, le nom de fièvre hectique aiguë, l'amaigrissement, souvent rapide, la perte des forces, l'état adynamique dans lequel sont souvent plongés les malades, telles sont tout autant de conditions qui nous semblent pouvoir, dans beaucoup de cas, assurer le diagnostic de la nature de la maladie.

Je n'insisterai pas sur le diagnostic différentiel entre la pneumonie miliaire et la phthisie galopante. Car, si l'état général peut parfois en imposer, le doute cesse bientôt. En effet, comme le font remarquer MM. Hérard et Cornil, « tandis que, dans la phthisie granuleuse généralisée, compliquée de pneunomie ou de bronchite, les signes stéthoscopiques varient peu et consistent presque exclusivement en râles sibilants, sous-crépitants, et en faiblesse de la respiration, dans la phthisie galopante les râles humides succèdent rapidement aux râles secs dans divers points de la poitrine, surtout vers les sommets ; puis bientôt les râles sous-crépitants humides sont eux-mêmes remplacés par des râles cavernuleux, caverneux, et le souffle caverneux, en même

temps qu'on suit pour ainsi dire les mêmes symptômes dans leur envahissement progressif des lobes inférieurs du poumon. »

Que dire du *pronostic?* Il ressort, ce nous semble, suffisamment de ce que nous avons dit. Il est grave, et par la nature de la maladie, et par la forme que revêt cette dernière; toutefois, la broncho-pneumonie tuberculeuse, en tant que maladie aiguë, peut guérir; par conséquent, il y a là un fait qui, jusqu'à un certain point, mitige un peu la gravité du pronostic.

Nous n'avons parlé jusqu'à présent que de la broncho-pneumonie, négligeant complétement la pneumonie lobaire, et cependant on trouve cette dernière signalée par certains auteurs, par Hérard et Cornil, par exemple. On en trouve aussi un cas, entre autres, dans le *Bulletin de la Société anatomique*, année 1875, rapporté par M. Barié et examiné par M. Renaut au point de vue microscopique. C'est que, dans les observations où l'examen anatomique est détaillé, on ne tarde pas à voir que ce sont là de fausses pneumonies lobaires; la forme lobaire est une forme d'emprunt due, comme dans l'observation analysée par M. Renaut, à la confluence des granulations tuberculeuses dans le lobe supérieur d'un poumon. Ce sont là, comme dans les cas précédents, des broncho-pneumonies. Ces observations sont d'ailleurs très-rares et ne modifient en rien ce que nous avons dit, sauf l'étendue plus considérable de la matité et les signes locaux d'une hépatisation plus considérable. Cependant, le médecin doit connaître la possibilité de ces faits, car la marche rapide de la pneumonie lobaire rend alors difficile la constatation de la lésion initiale.

B. *Pleuro-pneumonie miliaire.*

Je n'ai pas l'intention de décrire ici la forme pleurale, comme l'appelle Empis, de la tuberculose miliaire; je voudrais seulement attirer l'attention sur une des formes sous lesquelles peut se présenter à nous la tuberculose miliaire du poumon, la *forme de pleuro-pneumonie.*

Dans ces cas, on constate généralement dès le début quelques signes de bronchite et de pneumonie, pouvant être plus tard masqués par l'épanchement, puis la pleurésie guérit et la pneumonie domine alors la scène ; d'autre fois, la tuberculose miliaire peut simuler complétement un épanchement pleurétique.

L'observation du nommé Guesnon, que nous citons, est un exemple de pleuro-pneumonie dans laquelle on constate en même temps des signes de bronchite et des signes de pleurésie ; ces derniers attirent tout d'abord l'attention du médecin, et c'est à l'idée d'une pleurésie avec bronchite concomitante qu'on s'arrête. De plus, comme cet état remonte assez haut, et s'accompagne de troubles généraux fort appréciables, on conclut à une pleurésie probablement purulente, enkystée à la partie antérieure avec adhérences anciennes et épaisses, surtout à la base en arrière et avec bronchite concomitante.

Mais, les jours suivants, bien que le tracé thermique reste élevé, puisque du 20 au 30 mars la température se maintient entre 38°,2 et 39°,5, bien que l'état général devienne mauvais, l'examen de la poitrine montre une diminution de la hauteur de l'épanchement, tandis que du côté droit on constate une submatité occupant en avant la région sous claviculaire, et, en arrière, dans toute la hauteur, une respiration soufflante mêlée de quelques crépitations, c'est-à-dire les signes d'une pleuro-pneumonie dont la nature miliaire est confirmée par l'autopsie.

Le nommé Montadre entre à l'hôpital Saint-Eloi, de Montpellier, salle Saint-Barthélemy, n° 29 (service de M. Kiener) il est malade depuis six ou huit jours, et se plaint d'un point de côté à gauche, d'oppression et de frissonnements. Il existe une toux vive avec expectoration non colorée et perte d'appétit.

A son entrée, le 30 mars 1871, on constate quelques râles sonores disséminés dans toute la poitrine et un épanchement qui occupe le tiers inférieur du côté gauche. La respiration est fréquente, laborieuse, la toux opiniâtre, l'expectoration muqueuse, il existe de la fièvre.

Les jours suivants, l'épanchement prend une telle importance que, le 7 avril, on pratique une ponction qui donne issue à une quatitén

assez considérable d'un liquide citrin un peu verdâtre qui, abandonné à lui-même, laisse déposer un coagulum très-abondant, verdâtre, adhérent aux parois du vase et ayant la consistance d'une forte solution de gélatine collant aux doigts. A la suite de l'opération, la sonorité revient dans les deux tiers inférieurs de la poitrine; l'auscultation donne une respiration faible, rude, mélangée de râles sous-crépitants et de ronchus.

L'épanchement se reproduit bientôt, et, le 10 avril, il arrive à deux travers de doigt au-dessus du mamelon, puis il commence à se résorber; mais les signes de broncho-pneumonie s'accusent de plus en plus; l'auscultation révèle des deux côtés de gros râles sous-crépitants et aux sommets une respiration soufflante mêlée de râles sonores. En même temps, la fièvre s'élève progressivement depuis quelques jours et semble être en rapport avec l'accroissement de la broncho-pneumonie, tandis que l'épanchement est résorbé.

L'autopsie montre nettement la nature de l'inflammation pulmonaire: c'est une broncho-pneumonie miliaire.

Nous voyons dans ce dernier cas une pneumonie qui se démasque en même temps que se résorbe le liquide contenu dans la cavité pleurale. L'observation suivante nous montre un cas type de tuberculose miliaire simulant un épanchement pleurétique.

Obs. xvii. — *Tuberculose miliaire aiguë simulant un épanchement pleurétique. Deux thoracentèses sans résultat.*

Le 12 août 1870, entre à l'hôpital, salle Saint-Lazare, n° 11, le nommé Auguste Desnuts, âgé de 39 ans, employé au chemin de fer, né à Roxpoëen (Nord).

Cet homme présente les signes d'une maladie aiguë fébrile. Quinze jours avant son entrée, il fut pris de douleurs de côté et de fièvre. Depuis trois jours, ce point de côté s'exaspère et le force à arrêter son travail.

A son entrée, on constate tout d'abord une grande opression et des douleurs très-vives, surtout pendant l'inspiration. A la percussion, il y a une matité considérable du côté gauche, en arrière et à la base. En ce point, la respiration est nulle, très-faible. Plus haut, il n'y a pas de toux, très-peu d'égophonie; la voix se propage mal et arrive indistincte à l'oreille.

En avant, la percussion donne plutôt de la matité que de la sonorité; à l'auscultation, on entend quelques froissements pleuraux.

Comme signes généraux, fièvre assez forte, soif vive, pouls fort et vibrant, 96 p., face vultueuse.

On diagnostique une pleurésie aiguë, peut-être symptomatique en raison de l'amaigrissement et de l'état fébrile très-prononcé, et aussi à cause de ce fait, que deux mois auparavant le malade a eu une bronchite, de laquelle il ne s'est jamais rétabli complétement. 4 ventouses scarifiées, vin diurétique, une bouteille d'eau de Sedlitz.

Pendant quelques jours, un mieux notable se fait sentir, les douleurs son moins vives : respiration plus tranquille, assez faible même; toux presque nulle. Malgré cela, l'état général reste mauvais; l'appétit manque complétement, la fièvre existe toujours, avec frissons revenant assez régulièrement pour indiquer l'emploi du sulfate de quinine. De plus l'amaigrissement fait des progrès, et la peau reste brûlante; le thermomètre oscille entre 39° 5 et 40.

Les signes sthéthoscopiques montrent un accroissement notable de la matite qui occupe presque tout le côté gauche de la poitrine, en avant et en arrière, il existe de l'égophonie, pas de souffle ni de râles humides; le côté droit de la poitrine ne donne qu'une respiration sourde et rude sans modification morbide.

On croit à l'augmentation de l'épanchement, tout en réservant la question de savoir s'il est symptomatique.

Du 20 au 23 août, les signes généraux prennent une gravité considérable. La fièvre est toujours aussi forte; le poul est petit, battant 120 à la minute; ses traits se tirent, et l'amaigrissement fait de rapides progrès.

L'oppression est excessive : le décubitus latéral presque impossible; à chaque instant il existe dans toute la poitrine des points douloureux, qui empêchent complètement le sommeil.

Les signes sthéthoscopiques sont les suivants : matité absolue en avant et en arrière; à gauche, égophonie à la partie moyenne; les battements du cœur ne sont pas déplacés; la respiration est complétement nulle à la base. En face de l'orthopnée du malade, après avoir employé en vain plusieurs vésicatoires, on pratique, avec le trocart de Dieulafoy, une ponction qui ramène un demi-verre de sérosité citrine, nullement purulente. Un trocart plus gros, est alors introduit, mais sans aucun succès, il ne sort qu'une insignifiante cuillerée de liquide, mêlé à un peu de sang.

Le lendemain, exploration très-attentive, donnant le même résultat. Le chef de service, convaincu de la présence d'une grande quantité de liquide, pratique de nouveau une ponction, qui n'est pas suivie de résultat. Il demeure alors évident que l'on a affaire à une pneumonie caséeuse, à une phthisie aiguë donnant lieu à la matité que l'on entend en avant et en arrière.

Le traitement à partir de ce moment consiste en calmants, opiacés, etc... Quelques badigeonnages à la teinture d'iode.

Mort le 8 septembre.

A l'autopsie, granulations tuberculeuses confluentes, phthisie miliaire type.

Ces faits nous prouvent combien il est utile d'attirer l'attention du médecin, d'une part sur la possibilité d'une méprise entre une tuberculose miliaire aiguë et une pleurésie ; d'autre part sur les signes qui, en présence d'un épanchement pleurétique doivent faire supposer que ce dernier n'est pas simple, et que derrière lui se cachent des lésions fort graves.

Dans le premier cas, ce sont les antécédents du malade ; c'est l'état général qui devient rapidement de plus en plus mauvais ; c'est la fièvre qui reste toujours à un chiffre beaucoup plus élevé que dans un épanchement aigu ordinaire, et qui revêt souvent un caractère hectique ; c'est, quand la lésion siége du côté gauche, comme dans le cas que nous citons, le non-déplacement de la matité et des bruits cardiaques ; c'est enfin le résultat négatif d'une ponction thoracique. Telles sont tout autant de conditions qui, ce nous semble, permettront d'établir le diagnostic.

Dans le second cas, ce sont aussi les antécédents du malade, c'est l'élévation de la température, dont la courbe est beaucoup plus élevée que dans une pleurésie ordinaire ; c'est l'état général, l'amaigrissement, la prostration des forces, qui ne sont pas en rapport avec l'idée d'un simple épanchement, ce sont les signes de bronchite ou de broncho-pneumonie concomitantes ; ce sont enfin, plus tard, la disparition de l'épanchement et, au contraire, l'apparition des signes d'inflammation pulmonaire, qui pourront mettre le médecin sur la voie du diagnostic exact.

Je n'insiste pas davantage sur ces faits, dont l'étude complète rentre dans celle de la broncho-pneumonie.

Obs. XVIII. — *Tuberculose miliaire aiguë à forme broncho-pneumonique.*

Ramois, sapeur au 2e régiment du génie, 21 ans, entré dans le service de M. Kiener, salle Saint-Barthélemy, n° 20, de l'hôpital Saint-Éloi, le 15 avril 1871, se présente à nous avec une constitution grêle; taille, 1m,68, poitrine allongée et étroite, squelette gracile, chair molle, peau fine, pigmentée, cheveux noirs, physionomie douce et intelligente. Ses antécédents héréditaires sont négatifs. Il s'enrhume tous les hivers et n'a eu antérieurement aucune maladie grave. Il est entré au service militaire au mois de septembre 1870 et a fait la campagne d'hiver dans l'armée de l'Est Dès le mois d'octobre, il est pris d'une toux sèche et opiniâtre, parfois suivie de vomissements. Il est facilement anhélé; ses forces diminuent; il maigrit; point de sueurs nocturnes; conservation de l'appétit; diarrhée fréquente. Il souffre cruellement des fatigues de la campagne et du froid après la retraite de l'armée en Suisse. Il est admis dans un hôpital. Il y séjourne du 1er février au 21 mars 1871. Pendant cette période, il garde presque constamment le lit et paraît avoir eu de la fièvre; il se rappelle avoir eu des frissonnements, une soif habituelle, de la céphalée, des nuits agitées par des rêves; point de sueurs, de la diarrhée, une toux sèche et fréquente, des points douloureux passagers entre les épaules et sous le mamelon gauche. Arrivé à Montpellier, où réside son régiment, le 25 mars; il entre à l'hôpital le 15 avril.

Examen du 16 avril. — A la percussion : sonorité exagérée en avant et en arrière des deux côtés, sauf au niveau de la fosse sous-épineuse du côté gauche, où il y a une submatité prononcée. La pression, au niveau des deux premiers espaces intercostaux de chaque côté et sur toute la longueur de ces espaces, est douloureuse. L'auscultation en arrière montre une rudesse très-prononcée de la respiration aux deux sommets. Au niveau de la fosse sus-épineuse droite, l'inspiration est soufflante et quelquefois couverte par un râle sonore. En avant, la respiration est également très-rude, et, à gauche, elle est couverte aux deux temps par des râles sonores. A la base du côté droit, en arrière, on rencontre un point soufflant et des râles sous-crépitants dans les inspirations profondes. La toux est fréquente, surtout le matin et le soir, accompagnée parfois d'oppression et d'efforts de vomissements. L'expectoration est rare, difficile, visqueuse et jaunâtre. La dyspnée n'est pas appréciable dans le décubitus et en dehors des accès de toux.

La langue est blanche, le malade a soif. L'épigastre et l'hypocondre droit sont très-douloureux à la pression ; le foie est un peu abaissé et augmenté de volume. La matité commence à quatre travers de doigt du mamelon, déborde les côtes et occupe tout l'épigastre. L'abdomen n'est pas tuméfié, mais sensible à la palpation. La matité splénique est agrandie; le grand diamètre mesure 0m,18 cent., le petit 0m,10 cent.; la région est endolorie; diarrhée liquide, assez abondante; appétit médiocre. Pas de céphalée, mais insomnie avec agitation nocturne et rêves.

La peau est sèche, rugueuse, chaude ; la température, matin et soir, est de 39°,5. Pouls variable de 80 à 100; rien au cœur. L'amaigrissement est assez prononcé. Les jours suivants, mêmes symptômes; la fièvre est continue.

Examen stéthoscopique le 2 mai. — Submatité au niveau des tiers supérieur et postérieur du côté droit. Les fosses sus-épineuses des deux côtés sont sensibles à la pression. Respiration rude, faiblement soufflante, mêlée de sibilances. Ces signes sont plus accusés au sommet et diminuent vers la base. La toux est fréquente et l'expectoration très-rare.

La fièvre est continue. Quelquefois sueurs peu copieuses le matin; la peau est habituellement sèche, rugueuse, en desquamation épidermique.

L'appétit se maintient; la diarrhée est persistante.

Le sommeil est troublé par des rêves; point de céphalée. Endolorissement des masses musculaires des membres inférieurs. Tel était l'état du malade lorsqu'il fut trouvé mort dans son lit inopinément le 15 mai au matin.

L'autopsie fut faite le 16 mai, trente-six heures après la mort, en présence de MM. les docteurs Lacassagne et Duval et des élèves.

Cavité thoracique. — Au côté gauche, pleurésie récente avec épanchement séreux et fibrineux fraîchement coagulé, sous forme de filaments blanchâtres ou incolores, élastiques, tapissant les poumons et étendus d'un feuillet à l'autre de la plèvre. L'épanchement n'est pas enkysté, il remonte en arrière en faible couche jusqu'au sommet; il est surtout accumulé à la base dans les parties postérieures et latérales aux dépens du lobe inférieur, comprimé et refoulé contre la cloison médiastine. La plèvre du côté droit montre quelques vestiges d'inflammation aiguë; il y a, en effet, un liseré fibrineux le long du bord libre de la base et une pellicule grenue à la face postérieure du lobe inférieur. Comme altérations plus anciennes, on rencontre quelques adhérences fibro-celluleuses et infiltrées de granulations miliaires, disposées sous forme de plaques aux deux sommets et à la face antérieure. De plus, dans la scissure interlobaire apparaissent de nombreux amas lenticulaires, constitués par l'agglomération de granulations miliaires, blanc-jaunâtres, légèrement translucides à la périphérie, amas entourés d'un cercle hypérémique. Enfin des granulations sous-pleurales du volume d'un grain de mil à celui d'un grain de chènevis font saillie sous le feuillet viscéral.

Poumon droit. — Il est volumineux, violacé, d'une consistance un peu plus compacte et moins crépitant qu'à l'état normal, surtout dans le lobe supérieur; faiblement et uniformément emphysémateux dans le lobe inférieur.

A la palpation, on reconnaît que ce poumon est parsemé de nodosités miliaires ou pisiformes. Les coupes montrent, également disséminées du sommet à la base, une foule de nodosités variant du volume d'un grain de mil à celui d'un grain de chènevis; les plus grosses résultant de l'agglomération de plusieurs granulations miliaires, saillantes, fermes, arrondies, blanc-jau-

nâtres, translucides sur une faible zone périphérique, entourées le plus souvent d'un cercle hypérémique. Le parenchyme, généralement spongieux et même un peu emphysémateux, est faiblement carnifié par places avec des nodosités. Il est vivement congestionné, et donne à la pression beaucoup de sang visqueux et de l'écume bronchique rosée. La pneumonie interstitielle est légèrement indiquée, notamment au sommet et au voisinage de la plèvre.

Poumon gauche. — Le lobe supérieur est volumineux et médiocrement emphysémateux. Le lobe inférieur est réduit à la moitié de son volume par compression. Les coupes montrent des altérations analogues à celles du poumon droit; mais la congestion est beaucoup moins prononcée.

Au sommet, les nodosités tuberculeuses paraissent plus serrées, plus volumineuses et présentent une zone périphérique grisâtre plus épaisse que les nodosités du lobe inférieur et du poumon droit. Tout au sommet est une nodosité grosse comme une noix, résultant de la confluence d'un grand nombre de nodules caséeux et en voie de ramollissement dans son centre. Il paraît probable que l'affection a débuté au sommet du poumon droit, à l'époque où la maladie était seulement caractérisée par la toux, et qu'elle s'est généralisée plus tard en même temps que la fièvre s'allumait.

Ganglions. — Le médiastin antérieur du côté gauche est occupé par une tumeur ganglionnaire, composée de 3 ou 4 gros marrons ; cette tumeur repose immédiatement sur l'artère pulmonaire gauche, à laquelle elle est adhérente par une coque scléreuse, très-voisine de la perforation. L'incision montre une masse caséeuse, ferme et serrée dans une portion, complétement ramollie dans une autre portion. Dans le médiastin postérieur, quelques ganglions gros comme des olives, rouges et mous, parsemés de nodules fermes, jaunâtres, sous capsulaires, saillants à la coupe. Les ganglions intra-pulmonaires du côté gauche forment également des masses caséeuses du volume d'une olive ou d'une petite noix, fermes ou ramollies, entourées d'une coque scléreuse. Une de ces tumeurs occupe l'éperon des divisions de l'artère pulmonaire gauche et proémine dans la cavité de chacune de ces divisions. Il paraît évident que l'artère pulmonaire gauche a dû être comprimée par le voisinage de toutes ces tumeurs, et peut-être cette compression n'a-t-elle pas été étrangère à la mort subite.

Bronches. — La muqueuse des grosses bronches est légèrement hypérémiée. Les petites, vivement congestionnées, renferment une écume rosée sans mélange de pus.

Cœur. — Péricarde un peu épaissi et scléreux. Le diamètre transversal du cœur est augmenté; le ventricule droit est dilaté; les parois sont flasques et molles, décolorées; cette altération a été probablement la cause principale de la mort subite.

Cavité abdominale. — Péritoine. Les anses intestinales distendues par les gaz sont vivement hypérémiées, humectées d'une exsudation visqueuse, et présentent à contre-jour un fin semis granuleux translucide; le mésentère et le

feuillet pariétal du péritoine sont recouverts de nombreuses plaques lenticulaires, saillantes, composées par l'agglomération de granulations miliaires grosses comme des têtes d'épingle, blanc-jaunâtres, assez molles, rarement translucides à la périphérie; chaque ilot est entouré d'un cercle hyperémique rouge vif. Point de pigmentation, point d'épanchement. Les ganglions mésentériques sont sains.

L'intestin grêle, examiné sur une longueur de plusieurs mètres et le colon ascendant ne présentent aucune altération de la muqueuse.

Foie. — Augmenté de plus d'un tiers de son volume; rouge sombre, de consistance à peu près normale; montrant à la coupe un parenchyme brun, très-gorgé de sang, visqueux, intimement congestionné, et, à contre-jour, un fin semis granuleux, translucide ou opalin. Ces granulations sont parfois agminées et vont jusqu'à atteindre le volume d'un grain de chènevis; elles sont entourées d'un cercle hypérémique très-foncé. Il y a, en outre, quelques nodules pisiformes creusés d'une caverne et contenant une matière granuleuse verdâtre.

Rate. — Doublée de volume, aplatie, très-molle, s'écrasant en une pulpe poisseuse, parsemée de masses pisiformes, jaunes tout à fait ramollies.

Reins. — L'un des reins, très-volumineux, vivement congestionné, contient un assez grand nombre de nodules blanc jaunâtres, fermes, saillants sur la coupe et à la surface, souvent coniques comme les infarctus, entouré d'une zone hypérémiée; la substance corticale, tuméfiée, est rouge sombre et ferme. L'autre rein, plus petit, moins congestionné, renferme moins de tubercules. La substance corticale présente une ponctuation jaunâtre.

Obs. XIX. — *Tuberculose miliaire primitive aiguë, fièvre à forme rémittente, broncho-pneumonie, sudamina, diarrhée, pas de symptômes cérébraux. Mort dans l'asphyxie au 89e jour de la maladie. Autopsie.*

Berton, du 26e de ligne, âgé de 22 ans, entré à l'hôpital le 1er février, 1869, service de M. Kiener. Garçon de bonne mine, de tempérament mixte, de constitution délicate sans être faible, sans maladies antérieures. Les antécédents héréditaires n'ont pas été recherchés.

Début, il y a quinze jours, par un rhume graduellement croissant, sans céphalée, sans point de côté ni expectoration rouillée; mais, dans les derniers jours, on constate de la diarrhée.

L'observation a été prise à partir du 4 février au matin. Il existait une cyanose assez marquée, une toux incessante, une expectoration abondante, verdâtre et spumeuse; les yeux étaient brillants, les pommettes colorées, les lèvres brunes.

Du côté droit, en arrière et dans la moitié supérieure, on constate de la submatité, avec diminution du bruit respiratoire, et expiration prolongée. Dans les parties inférieures des deux côtés, râles sous-crépitants;

partout ailleurs, râles sibilants et muqueux abondants. — La voix était enrouée. — Il y avait de la fièvre; température 38°,6, pouls à 112.— Langue sèche et blanche; soif vive; ventre un peu élevé, sans douleurs ni taches; la diarrhée continuait. — Pas de symptômes cérébraux; le sommeil est troublé par la toux, mais sans rêves. — Dans la soirée, la peau était brûlante, et la face plus vultueuse.

Le 5, le 6, et le 7, continuation des mêmes symptômes; la température montait le soir à 39°,6 et 40 degrés, et alors la soif et la congestion cyanique du visage augmentaient; langue blanche, dents encrassées. Le matin, rémission de la température, que l'on trouvait à 37°,6 et à 37°,8, mais le pouls restait développé et très-fréquent. La toux restait aussi fréquente. Les signes stéthoscopiques ne variaient pas dans leur physionomie générale. L'expectoration était purulente et battue d'air. La voix était toujours enrouée.

Le 9 *février*, la température s'était élevée le matin à 39°; il y avait une éruption de sudamina sur le ventre et sur le cou; le ventre était médiocrement élevé; la diarrhée persistait. — Les signes stéthoscopiques donnaient en avant des râles de bronchite; dans les parties déclives des râles sous-crépitants; dans la moitié supérieure et postérieure du côté droit une diminution singulière du bruit respiratoire avec quelques sibilances. — L'intelligence était parfaitement libre.

Le 12, la respiration devint anxieuse, la cyanose plus profonde; les traits s'altérèrent; la température était de 38° le matin, de 40° le soir.

L'asphyxie et la dyspnée augmentèrent jusqu'à la mort, qui eut lieu le 14 février.

Autopsie — Tuberculose miliaire primitive, forme broncho-pneumonie. Granulie, carnification et sclérose commençante des deux poumons. Pleurite granuleuse et fibreuse à gauche. Ulcérations laryngées.

A l'ouverture de la *poitrine*, on s'aperçoit que le poumon droit est adhérent à la plèvre costale mais se laisse décoller assez facilement, mettant à découvert les deux feuillets pleuraux recouverts d'une couche fibrineuse et plastique. Au sein de cette matière épanchée et sur les deux surfaces pleurales, il existe un semis uniforme et serré de granulations miliaires; il y a aussi sous la plèvre quelques tubercules de plus grandes dimensions (petite et grande lentille), donnant l'apparence de goutteletles de suif, étalées, jaunâtres. Parmi les granulations tuberculeuses, on remarque aussi des bourgeons charnus, saignants, on constate dans la partie postérieure de nombreuses taches hémorrhagiques sous-pleurales en rapport probablement avec les accidents de suffocation.

Le poumon présente un volume considérable; il est comme insufflé et garde l'empreinte du doigt. La résistance que rencontre le doigt est intermédiaire à celles que donnent un poumon emphysémateux et un poumon gorgé de liquides. Une section de haut en bas montre un parenchyme fortement

congestionné. Carnification à un degré variable et sclérose faible; quelques lobules font saillie au-dessus des liserés interlobulaires sclérosés. La pression donne issue à du sang et, par les bronches, à une écume fine médiocrement abondante, et çà et là, à quelques gouttelettes de pus. Dans l'intérieur des lobules carnifiés apparaissent de nombreuses granulations toutes miliaires, les unes bien rondes et isolées, demi-transparentes, les autres constituées par une zone opaline péri-bronchique ou péri-vasculaire.

A gauche, la plèvre montre seulement un peu d'exudat fibrineux et quelques bourgeons charnus saignants à la partie moyenne et postérieure du lobe inférieur. — A ce niveau, on sent une consistance plus forte du parenchyme. Il y a aussi quelques taches hémorrhagiques sous-pleurales. — Le reste de la plèvre a l'aspect bleuâtre et nacré de la sclérose sous-pleurale; le damier interlobulaire est assez nettement desssiné par places.

Le poumon gauche n'a pas le volume exagéré de son congénère; il a une consistance un peu plus forte qu'à l'état nòrmal, surtout à la partie postérieure et moyenne du lobe inférieur; il y a un peu d'emphysème aux bords libres. La coupe montre une congestion très-prononcée, une carnification moins prononcée qu'à droite, et une sclérose interlobulaire appréciable en divers points. Les granulations tuberculeuses sont libres ou bien entourent les orifices des canaux; elles sont plus abondantes qu'à droite, et plus jaunes. Dans la portion du lobe inférieur qui a été mentionnée, les granulations sont confluentes et dessinent des marbrures jaunissantes, grenues et friables. Il y a deux ou trois ganglions intra-pulmonaires gros comme des fèves, caséeux et pigmentés.

Les bronches, dans tout le poumon gauche, sont remplies d'une couche épaisse de pus peu aéré; la muqueuse est violemment injectée et présente çà et là des taches jaunes, arrondies, qui paraissent tuberculeuses, bien qu'elles ne soient pas saillantes. Dans le poumon droit, le contenu des bronches est moins abondant et moins purulent; mais l'injection de la muqueuse est tout aussi forte.

Il n'y a pas de coagulations sanguines dans les vaisseaux pulmonaires.

Le *péricarde* est sain. Le cœur montre une augmentation de son diamètre transverse, jointe à une mollesse de la paroi faiblement hypertrophiée.

La *rate* est très-faiblement augmentée de volume, et la coupe y montre de rares granulations miliaires très-petites, transparentes, douteuses.

Le *foie* n'offre rien de particulier, non plus que les *reins*.

Le *tube digestif* n'a aucune altération.

Le *larynx* (il y avait de l'enrouement) montre sur chacune des cordes vocales, au voisinage de leur insertion, une ulcération communiquant avec une cavité pleine de pus, creusée aux dépens du tissu conjonctif sous-muqueux, et paraissant provenir de la fonte de petites granulations tuberculeuses confluentes; au niveau de ce foyer, il y a un peu de tuméfaction,

mais pas d'œdème ni de la glotte ni des replis aryténo-épiglottiques. La muqueuse laryngée est pâle; l'injection ne commence qu'au niveau de la trachée.

Obs. XX. — *Tuberculose miliaire aiguë à forme broncho-pneumonique avec épanchement pleurétique.*

Guesnon, 22 ans, soldat au 1er régiment de zouaves, entre dans le service de M. Kiener, le 3 mars 1871, salle St-Barthélémy, n° 27.

Constitution au-dessous de la moyenne; peau blanche et fine; cheveux blonds; traits arrondis et délicats; physionomie douce et intelligente; maladies antérieures, nulles.

Appelé sous les armes le 10 août 1870, il tombe malade au mois d'octobre et fait un séjour de 2 mois, à partir du 12 octobre, à l'hôpital d'Antibes pour une fièvre continue qui est considérée comme une fièvre typhoïde. Une quinzaine de jours après sa sortie (fin de décembre) il est pris d'une dyspnée graduellement croissante et d'un point de côté à gauche. On lui appliqua plusieurs vésicatoires à la caserne. Vers le 20 janvier, départ pour Nevers avec le régiment, la dyspnée d'ailleurs persistant. Dès le 30, admission dans une ambulance de cette ville où il séjourne jusqu'au 28 février; application de nouveaux vésicatoires sur le même côté gauche. Enfin, envoi au dépôt des convalescents de Montpellier et nouvelle aggravation en route. Deux jours après son arrivée, entré à l'hôpital St-Eloi (3 mars).

Au moment de l'entrée on constate sommairement l'existence d'un épanchement occupant les 2/3 inférieurs du côté gauche, de la fièvre, un amaigrissement considérable la peau sèche et rugueuse, la face pâle un peu bouffie et légèrement cyanosée l'examen de la poitrine n'est fait attentivement que le 19 mars.

19 *mars.* — Légère déformation de la cage thoracique à gauche. Aplatissement des côtes à la région latérale; faible incurvation du rachis matité complète au niveau du tiers inférieur en arrière; submatité du tiers moyen; dans les parties latérales submatité jusque vers le haut de l'aisselle; en avant matité presque complète de haut en bas, s'étendant jusqu'à un centimètre du bord droit du sternum. A l'auscultation, absence presque complète de la respiration à la base, avec râles humides, plus ou moins gros, quelquefois sibilances.

Au-dessus, diminution de la respiration, râles moins nombreux. Sous la clavicule souffle tubaire; au-dessous et latéralement diminution considérable de la respiration. Les vibrations thoraciques sont diminuées dans tout le côté; le retentissement de la voix est exagéré. Le cœur est évidemment en rapport avec la paroi thoracique antérieure, car la pointe bat au lieu ordinaire. Cependant la matité précordiale déborde le sternum à droite. Les battements sont clairs, les signes stéthoscopiques fournis par le côté droit sont : une sonorité exagérée à la partie antérieure avec rudesse sans

exagération du bruit respiratoire. En arrière, rien de particulier. Toux peu fréquente, expectoration rare. On conclut à une pleurésie chronique avec épanchement probablement purulent, enkysté à la partie antérieure ; adhérences anciennes et épaisses surtout à la base en arrière. Bronchite concomitante.

Les jours suivants, continuation des mêmes symptômes. La température mesuree au thermomètre du 20 au 30 mars, sé maintient entre 38°, 2 et 39°, 5 avec oscillations diurnes assez régulières. Le tracé ne paraissant pas offrir de notables variations est abandonné le 30 mars.

20 *avril*. — Depuis le début de l'observation, la fièvre n'a point cessé. Une médication par la scille et le jalap a déterminé une diarrhée qui a continué malgré la cessation du traitement et jusqu'à ce jour. Vers le 10 avril, aggravation notable de la dyspnée ; tous les soirs, la pommette droite est vivement colorée. L'affaiblissement est considérable. L'examen de la poitrine donne, le 20 avril, les résultats suivants :

La déformation du côté est à peine appréciable. La matité complète occupe le 1/4 inférieur en arrière; les 2/3 inférieurs en avant; le reste du côté donne une submatité surtout prononcée dans les parties latérales. La respiration s'entend, bien qu'affaiblie sous la clavicule, où le premier examen avait reconnu du souffle. Au niveau de la matité, souffle doux à l'expiration; bruit respiratoire nul. Vers la limite supérieure de la matité gros râles humides, que l'on croit d'origine pleurale. En arrière, respiration affaiblie avec râles humides peu nombreux et éloignés. A droite, submatité occupant en avant la région sous-claviculaire; en arrière, toute la hauteur du côté, et principalement la base, expiration soufflante, mêlée de quelques crépitations. Toux plus fréquente; expectoration peu abondante, filante, couverte d'écume.

Mort le 24 avril 1871.

Température et Pouls.

		MATIN.		SOIR.	
Date.		Température.	Pouls.	Température.	Pouls.
mars	20	37.9	85	39.4	120
»	21	38.3	110	39	105
»	22	38.4	95	39.5	105
»	23	38.8	120	39.5	110
»	24	38.5	90	39.3	110
»	25	38.7	108	38.7	110
»	26	38.2	120	39.5	120
»	27	39	110	39	110
»	28	38.6	104	39.5	110
»	29	38.2	104	39.3	112
»	30	38.4	104	»	»

Autopsie. — *Plèvres*. — Adhérences presque générales des deux feuillets de la plèvre de chaque côté.

Du côté gauche, les deux feuillets sont confondus et forment au poumon une coque épaisse de 3 à 4 millimètres. Vers la base en arrière, à partir de la mi-hauteur en avant, les deux feuillets épaissis sont séparés l'un de l'autre par un épanchement sanguinolent en mince couche. Chacun de ses feuillets a une épaisseur variable de 3 à 12 mm. A la base, le feuillet diaphragmatique et le feuillet parétal sont réunis, et constituent une couche épaisse de 3 centimètres environ. Les feuillets épaissis ont une consistance lardacée. La face externe du feuillet pariétal présente l'impression profonde des côtes. Sur une surface de section on reconnaît que chaque feuillet est constitué par un tissu scléreux très vasculaire, sur lequel font saillie une foule de granulations arrondies, jaunes, friables, faciles à dilacérer, du volume d'une tête d'épingle à celui d'un grain d'orge. Les plus grosses sont ramollies. L'examen microscopique à l'état frais d'une de ces granulations montre une structure analogue à celle des sarcômes fasciculés. Cellules fusiformes plus ou moins allongées; quelquefois bifurquées contenant un ou plusieurs noyaux ovales; les cellules sont juxtaposées en faisceaux, quelquefois séparées par une substance fondamentale fibrillaire; elles sont infiltrées de granules protéiques et graisseux. Dans la partie centrale des granulations, cellules et stroma sont confondus dans une masse amorphe granulo-graisseuse où apparaissent encore quelques noyaux ovales après addition d'acide acétique et lavage à l'éther. Dans la partie inférieure de la plèvre, où les deux feuillets sont encore séparés, la face de chaque feuillet en contact avec l'épanchement est tapissée de couches épaisses de fibrine tassée ; au-dessous de la fibrine apparaissent des ecchymoses.

Du côté droit. — Adhérences au niveau des lobes supérieurs; les deux feuillets réunis forment une coque de 2 à 4 millimètres d'épaisseur, lardacée, vasculaire, criblée de granulations jaunes, semblables à celles qui ont été décrites pour le côté gauche. Au niveau des lobes inférieurs, les feuillets, beaucoup moins épais, sont séparés par une mince couche de fibrine tassée.

Poumons. — Ils sont augmentés de volume. Le poumon gauche est d'un tiers plus petit que le droit, parce que sa portion inférieure est comprimée par des produits de la pleurésie chronique. Leur consistance est celle d'une carnification forte dans les lobes supérieurs, d'une carnification faible avec engouement dans les lobes inférieurs. L'incision montre des altérations symétriques dans les deux poumons. Les lobes supérieurs présentent une surface lisse, rouge plus ou moins sombre, sans aspect spongieux, sans crépitation, résitant au doigt. Sur cette surface fait saillie un semis granuleux jaune assez fin, peu serré, uniformément distribué. L'une de ces granulations étudiée au microscope à l'état frais se laisse dilacérer très-facilement; elle se compose d'une charpente fibro-élastique alvéolaire, plus abondante qu'à l'état normal, et de très-nombreux éléments cellulaires d'apparence

épithéliale en voie de prolifération nucléaire et de scission; les formes en sont des plus diverses : cellules mères, cellules rameuses, cellules arrondies, noyaux libres ou entourés d'une couche de protoplasma mal limité. Les éléments sont infiltrés de granules protéiques, graisseux et pigmentaires; les mêmes granules libres nagent dans le liquide de la préparation ou sont accolés sur les fibres élastiques de la charpente. Les alvéoles sont complétement remplis par ces éléments. Lorsqu'on ajoute de l'acide acétique, le protoplasma étant éclairci, en partie dissous, on n'aperçoit plus dans les alvéoles que de nombreux noyaux ovales ou arrondis, englobés dans une masse amorphe parsemée de granules graisseux et pigmentaires.

Le tissu interstitiel prend une part médiocre au processus inflammatoire ; au sommet, cependant, le parenchyme carnifié est traversé de fins tractus scléreux qui lui donnent à contre-jour un reflet aplati. Les travées interlobulaires épaissies sont formées d'un tissu lâche dans lequel on rencontre parfois des nodosités noirâtres, arrondies, assez molles et faciles à dilacérer, grosses comme une tête de forte épingle et constituées par un amas de granules pigmentaires enchevêtrés dans un stroma fibrillaire à cellules fusiformes. Les lobes inférieurs présentent un parenchyme faiblement spongieux, lisse par places, très-fortement congestionné, ramolli, s'écrasant facilement, donnant à la pression une grande quantité de sang. Dans ce parenchyme sont éparses les granulations jaunes précédemment décrites, généralement plus petites que dans les lobes supérieurs.

Bronches. — La paroi n'est pas épaissie, la muqueuse est vivement hypérémiée, sans ulcérations. Mucosités tenues et spumeuses. Même hypérémie de la muqueuse. Larynx sans ulcération de la corde vocale inférieure. La face supérieure de l'épiglotte et les parois du pharynx sont violemment injectées; la muqueuse est friable et recouverte d'une mince couche diphtéroïde.

Ganglions du médiastin. — Un petit nombre sont hypertrophiés, gros comme une noisette, rouge vif, assez mous et friables.

Cœur. — La cavité du péricarde renferme un épanchement sanguinolent assez abondant. La séreuse adhérente à la plèvre gauche n'est pas altérée à sa face interne. Le cœur est augmenté de volume, en besace, à parois molles, à fibres décolorées.

Foie. — Un peu plus volumineux qu'à l'état normal, à bords mousses, d'une coloration jaune café au lait avec marbrures feuille morte; très-flasque, facile à déchirer. Les surfaces de section sont bombées, mollasses, d'une coloration café au lait.

Rate. — Doublée de volume, noirâtre, très-ramollie.

Reins. — Volume normal, consistance un peu augmentée, substance corticale jaune, saillante et grenue par places; quelques granulations jaunes et molles, arrondies, font saillie sur la substance corticale et sur les pyramides.

Testicules. — Sains.

Tube digestif. — Un peu distendu par les gaz. Muqueuse pâle, sans ramollissement; aucune ulcération ni de l'iléon, ni du colon; à peine une faible psorentérie; çà et là des dilatations vasculaires en réseau.

Péritoine. — Sain; quelques onces de sérosité sanguinolente dans le petit bassin.

Obs. XXI — *Tuberculose miliaire aiguë à forme broncho-pneumonique avec détermination principale sur le cœur.*

Ducrest, caporal-fourrier au 84e de ligne, 22 ans, entré à l'hôpital Saint-Eloi, Montpellier, dans le service de M. Kiener, le 7 février 1872.

C'est un jeune garçon de constitution frêle, aux traits délicats, à la physionomie intelligente; le squelette est grêle; les masses musculaires sont peu développées; les formes arrondies, la peau fine. Il se dit malade depuis trois jours seulement : le 4 février au soir, il aurait ressenti des frissonnements prolongés, de la céphalée; dans la nuit, une chaleur vive, sans toux, ni point de côté, ni palpitations, ni vomissements. Les jours suivants, sensibilité au froid; frissonnements lorsque le malade s'expose à l'air; sentiment de chaleur et tendance à la sueur lorsqu'il garde le lit; soif continuelle, appétit diminué, céphalée persistante, sommeil troublé par des rêves, faiblesse générale, sans courbature ni hyperesthésie. Toux sèche, rare, avec retentissement douloureux derrière le sternum.

Au premier examen, le 7 février au soir on remarque que la peau est sèche et rugueuse; desquamation épidermique surtout abondante au niveau des membres dans le sens de l'extension; les poils sont maigres et cassants, la plupart abrasés au niveau de la peau; les follicules sébacés sont saillants, indurés ou pustuleux. La peau du tronc et des membres est décolorée. La raie unguéale se dessine en blanc. Amaigrissement des masses musculaires. Pas d'infiltration séreuse sous-cutanée. Le thorax montre les déformations caractéristiques de la pleurite sèche. Ces témoignages d'un trouble déjà ancien de la nutrition, nous amènent à interroger les antécédents du malade. Les antécédents héréditaires sont négatifs à l'égard de toute maladie chronique. L'enfance et l'adolescence se sont passées sans maladie sérieuse. A dix-huit ans, une maladie qui dure 2 mois et est qualifiée de rhume négligé dont la toux était le symptôme prédominant, sans point de côté ni hémoptysie et qui amène l'amaigrissement et une faiblesse générale, mais qui est suivie de guérison parfaite. Depuis lors, bonne santé, service militaire sans interruption pendant deux ans. Il y a deux mois, ictère, qui ne dure que quelques jours et ne s'accompagne d'aucun autre symptôme. Le malade déclare formellement qu'il n'a pas perdu, depuis cette indisposition, ni l'appétit ni les forces et qu'il n'a point toussé.

Etat actuel (7 février au soir).

Forte incurvation à concavité droite au niveau des cinq premières dorsales; petite incurvation compensatrice des trois vertèbres suivantes. Abaissement notable de l'épaule gauche. Déformation générale des deux côtés du thorax, consistant, à droite, en une dépression antéro-latérale, en une exagération de la courbure des côtes et en un déplacement de l'omoplate en avant; et, à gauche, en un applatissement postérieur avec effacement de l'angle des côtes et exagération de leur incurvation dans les parties latérales.

Percussion : A droite, forte submatité du quart supérieur en avant; et, en arrière, submatité occupant toute la dépression antéro-latérale.

A gauche, matité occupant le tiers supérieur en arrière, submatité notable de la région antérieure; matité à la base, au niveau de la dépression.

Auscultation : à gauche, sous la clavicule, respiration soufflante, expiration prolongée; en arrière, absence du bruit vésiculaire et souffle tubaire au quart supérieur; au-dessous, souffle bronchique. Diminution de la respiration dans toute la base.

A droite, sous la clavicule, souffle bronchique en arrière; au sommet, souffle tubaire et parfois craquements secs, souffle bronchique jusqu'à la base diminuant graduellement d'intensité. Les vibrations sont fortement augmentées du côté droit, surtout en arrière, et un peu diminuées dans les régions antéro-latérales.

A gauche, elles sont partout diminuées, excepté au sommet en arrière. Retentissement de la voix dans la moitié supérieure et également de chaque côté.

Le pression est douloureuse au niveau de la gouttière vertébrale et de chaque côté des apophyses épineuses. Il y a en outre des points douloureux latéraux au niveau des huit premiers espaces intercostaux et des points antérieurs au niveau des 2e, 3e, 4e, 5e espaces. A gauche : point postérieur au niveau des quatre derniers espaces.

Les grandes inspirations font sentir une douleur en avant dans le troisième pesace intercostal.

Toux très-rare, de même que l'expectoration. Langue blanche, rouge à la pointe. Pas de diarrhée. Les selles sont régulières, peut-être un peu plus fréquentes qu'à l'ordinaire.

Appétit médiocre, soif vive; gencives saignantes, couvertes, ainsi que les dents, d'un enduit visqueux.

La céphalalgie est moins opiniâtre. Les nuits sont troublées par des rêves nombreux, mais sans cauchemars.

Sentiment de faiblesse, un peu d'endolorissement musculaire au niveau des mollets.

Le périmètre de la poitrine mesure, au niveau des mamelons 88 sur 44 de chaque côté.

Le 8 février au soir le malade présente une fièvre très-forte. Visage coloré

ainsi que les lèvres et les joues, œil brillant, un peu d'hébétude point de rêvasserie dans la journée, mais la nuit, agitation ; point de céphalée, pas d'endolorissement musculaire ; la peau comme hier rugueuse, moite et donnant la tache hypérémique ; langue chargée, sèche, rouge à la pointe, soif vive, pas de nausées, sensibilité de l'épigastre à la pression.

Le foie déborde les côtes de trois travers de doigts; il est sensible à la pression. Deux selles en diarrhée dans la journée.

Le 10 février, matin. Le malade a passé une nuit agitée. Ce matin, stupeur et résolution des membres plus marquée.

Aucun trouble de la sensibilité et de la motilité générales; pas de vertiges, pas de bruissements d'oreilles; peau décolorée, rugueuse; pas de sueurs; plaques violacées sur les joues; langue sèche; pas de selle hier.

10 février soir. Des symptômes graves se sont prononcés depuis ce matin, fréquence du pouls (144), respiration (56), voix entrecoupée, sueurs abondantes, adynamie, incohérence des idées.

Herpès labialis, langue chargée mais humide. Les joues plus colorées. Dans la nuit se déclare un délire d'action et de parole. A 11 heures du soir son pouls bat 152, sa respiration est à 56 et sa température à 39,5.

11 février matin. Le malade est plongé dans la prostration depuis 2 heures du matin. Il est dans un collapsus complet, pouls filiforme (160) Sa peau est froide et enduite d'une sueur visqueuse. Il s'éteint à 11 heures du matin.

Autopsie. — Pneumonie diffuse interstitielle et parenchymateuse avec granulations grises très-petites. Pleurite sèche granuleuse. Encéphalo-myélite. Hépatite granuleuse. Myocardite granuleuse. Endo-péricardite. Splénite. Psorenterie de l'iléon.

Poumons. A droite adhérences pleurales granuleuses, plus épaises et plus serrées dans les régions antéro-latérales. Les adhérences sont constituées par un tissu lamineux hypérémié, parsemé de granulations blanchâtres, grosses comme une tête d'épingle. Adhérences de même nature à la partie postérieure et interne du lobe inférieur gauche. Au niveau du lobe supérieur du même poumon, la plèvre à conservé son aspect poli, mais on remarque en l'éclairant obliquement, quelques granulations translucides éparses. Le poumon droit est lourd et faiblement augmenté de volume; la consistance très-augmentée au sommet décroît graduellement jusqu'à la base. Le parenchyme résiste à la section et à la pression du doigt, surtout dans les parties supérieures. La coupe offre l'aspect de l'induration rouge pigmentée. Carnification diffuse, lisse, rouge sombre, entremêlée avec des ilots rouge-vif et spongieux. Vive hyperémie et arborisation pigmentée; néoplasie interstitielle très-accusée au sommet, diffuse et finement granuleuse, paraissant suivre la distribution de l'arbre bronchique et des vaisseaux. Avec l'aide de la loupe et de l'éclairage oblique, on distingue sur le trajet des tractus du tissu conjonctif, de très-fines granulations translucides ordinai-

rement agminées, mais non confluentes. La néoplasie interstitielle et les granulations disparaissent progressivement du sommet à la base.

Le poumon gauche présente une légère augmentation de consistance à la partie postérieure de son lobe supérieur. Il est congestionné et pigmenté ; la coupe montre une carnification diffuse dans les parties postérieures, surtout au sommet. Une pneumonie interstitielle faiblement indiquée. Quelques granulations très-petites et rares, éparses dans le lobe supérieur.

Les *bronches* sont hypérémiées, et renferment une écume rosée dans leurs dernières divisions. La tunique fibreuse est généralement épaissie, surtout dans le poumon droit.

Les *ganglions du médiastin* sont très-volumineux, rouge sombre, d'une consistante ferme. Les coupes montrent un parenchyme rougeâtre, parsemé de nodules saillants et jaunâtres dans la portion corticale.

Foie. — Très-volumineux, de consistance ferme et rigide, humide à la coupe ; les lobes tuméfiés, d'une couleur rouge violacée, sont circonscrits de traînées jaunes, translucides.

Rate. — Augmentée de volume, très molle; pulpe de couleur chocolat, parsemée de points blanchâtres, miliaires.

Reins. — Faiblement augmentés de volume, de consistance ferme, hypérémiés ; granulations fines, éparses dans la substance corticale, très-rares.

Tube digestif. — Psorentérie de la dernière portion de l'iléon ; les granulations sont transparentes, assez fermes, quelques-unes ont un point blanc central.

Centres nerveux. — Encéphale. L'arachnoïde épaissie est louche au niveau des deux tiers antérieurs de la surface convexe des hémisphères ; légère infiltration œdémateuse sous-arachnoïdienne ; çà et là quelques points jaunâtres sous-arachnoïdiens, non saillants, de nature douteuse. La pie-mère légèrement injectée. Les méninges de la base parfaitement saines.

La couche corticale des hémisphères et le noyau blanc central ne paraissent pas altérés. Le corps calleux et la voûte ne sont pas ramollis ; les ventricules ne renferment qu'une médiocre quantité de sérosité. Le corps strié et le corps optique de chaque côté présentent au niveau de leur portion antérieure, notamment dans le noyau extra-ventriculaire, une diminution de consistance très-notable, qui s'étend jusqu'à la circonvolution de l'insula, avec une coloration jaune rosée, ou plutôt une marbrure de taches jaunâtres et de taches rosées.

La protubérance paraît hypérémiée ; les couches de substance grise ont une coloration rosée ; des vaisseaux, gorgés de sang noirâtre et faiblement coagulé, apparaissent sur les coupes. Le bulbe a l'aspect normal, ainsi que le cervelet.

Moelle. — Méninges d'apparence normale, sauf une médiocre injection des vaisseaux au niveau du renflement lombaire. Au milieu de la portion

dorsale, sur une longueur de 5 centimètres, existe un foyer de ramollissement avec augmentation de volume et coloration jaune rosée, assez nettement limité; le ramollissement est cependant plus prononcé à la partie moyenne du foyer.

Examinée au microscope, la moelle présente à l'état frais, au niveau du foyer du ramollissement, soit dans la substance grise, soit dans les cordons, une multiplication extrêmement abondante de myélocites, une infiltration granulo-graisseuse médiocre des parois vasculaires, avec multiplication des éléments cellulaires. Aucune altération des éléments nerveux. Au niveau du renflement lombaire, mêmes altérations à un degré moins avancé.

Pas de lésion à la pie-mère rachidienne. Dans la pie-mère cérébrale, multiplication des éléments plasmatiques du tissu fibreux, sous forme de petits éléments arrondis ou ovoïdes; pas d'exsudats, pas d'altérations vasculaires.

Cœur. — Le péricarde pariétal est vivement hypérémié, semé de taches hémorrhagiques, lisse, point d'exsudats. Le cœur est volumineux, presque doublé de volume et de poids, d'une coloration rouge sombre. La séreuse, vivement hypérémiée, laisse voir par transparence un très-fin semis de granulations blanchâtres. Quelques granulations translucides font saillie à la surface et au niveau des oreillettes et sur l'origine des gros vaisseaux. L'hypertrophie porte sur la totalité du cœur. Les divers diamètres sont augmentés dans une égale proportion. La paroi a une consistance rigide; elle mesure, à la partie moyenne du ventricule gauche, 15 millimètres d'épaisseur. La cloison interventriculaire est considérablement épaissie. La paroi du ventricule droit mesure à sa partie moyenne 7 à 9 millimètres. L'hypertrophie persiste également sur les colonnes charnues. La surface interne du cœur dans les deux ventricules et les colonnes charnues présente, sur un fond vivement hypérémié, une ponctuation fine et serrée de granulations dont les unes sont opalines, à peine perceptibles à l'œil nu, tandis que les plus grosses atteignent les dimensions d'une tête d'épingle, blanchâtres à leur centre, opalines à leur périphérie, donnant à l'œil et au toucher la sensation d'une surface granuleuse.

L'endocarde auriculaire est épaissi, hérissé de granulations pellucides et miliaires, surtout abondantes au voisinage des confins auriculo-ventriculaires. Les valvules sigmoïdes de l'aorte sont épaissies, surtout au niveau de leur bord libre. Deux valvules sont réunies entre elles par un épaississement de leur bord libre qui forme, au niveau de leur insertion, comme un bourrelet épais de 2 millimètres, un peu replié sur lui-même, disposition qui devait entraîner un certain degré de rétrécissement de l'orifice et d'insuffisance valvulaire.

TROISIÈME PARTIE

Tuberculose miliaire du poumon chronique

CHAPITRE V

Tuberculose milliaire chronique fibreuse.

Nous avons montré, dans notre avant-propos, l'évolution que suivait le tubercule miliaire, évolution constante, fatale, d'après M. Grancher, et cela de par une véritable loi : *le tubercule devient caséeux, ou il devient fibreux.*

Pourquoi cette marche vers l'état caséeux dans un cas, vers l'état fibreux dans l'autre? C'est là un fait qu'il est encore impossible d'expliquer dans l'état actuel de la science, et sur lequel je me garderai de toute hypothèse; il existe : à plus tard le pourquoi. Le tubercule subit l'une ou l'autre de ces transformations, et si, à l'autopsie, on peut retrouver dans les poumons des tubercules exclusivement à l'état fœtal, c'est que la confluence des granulations, ou d'autres causes, ont emporté rapidement le malade.

Mais que cette confluence, par exemple, soit moins considérable, que l'hématose puisse encore se faire, et l'on pourra voir les accidents aigus disparaître et s'établir une tuberculose chronique qui amènera progressivement la mort des individus, et donnera lieu à une phthisie commune, à moins que de nouvelles poussées tuberculeuses ne

viennent hâter la terminaison fatale. — Nous retrouverons ces cas.

Pour le moment, nous nous attacherons plus particulièrement à l'évolution fibreuse du tubercule.

La phthisie pulmonaire peut-elle être la conséquence d'une pareille évolution; c'est-à-dire peut-on ne retrouver, comme seule lésion anatomique, que des granulations fibreuses chez des individus ayant présenté pendant la vie tous les signes ordinaires de la phthisie? Bayle le pensait, et il donnait à cette phthisie le nom de *phthisie granuleuse*.

Laissons parler les faits.

Obs. XXII—Quatrième période. Phthisie granuleuse parvenue au troisième dégré. Granulations miliaires dans les poumons.

Un chapelier, âgé de quarante-six ans, d'un tempérament bilieux, jouissant habituellement d'une assez bonne santé, fut pris d'une toux sèche opiniâtre, accompagnée, au bout de quelques mois, d'une expectoration muqueuse. Cet homme avait la poitrine large et bien conformée, et il ne paraissait point né disposé à la phthisie. Cependant, ce fut inutilement qu'on employa les pectoraux adoucissants, les préparations scillitiques, les vésicatoires, les cautères, etc. Rien ne put guérir la toux qu'il éprouvait et qu'on attribuait à un rhume ; et pendant plus d'une année son état empira de jour en jour. L'amaigrissement devint sensible, il y eut des mouvements fébriles, des sueurs nocturnes, et enfin, tous les symptômes s'aggravant progressivement, cet homme parvint à la dernière période de la phthisie, dans le mois d'août 1806. Il fut reçu à la Charité le 21 du même mois. Il ne pouvait plus quitter le lit depuis treize jours. Il était très-amaigri; une toux fatigante lui faisait expectorer une matière muqueuse, d'un blanc opaque, médiocrement abondante. Il était tourmenté en même temps par des sueurs nocturnes et par un dévoiement colliquatif.

Pendant son séjour à la Charité, rien ne put apporter du soulagement à son état; les extrémités inférieures s'infiltrèrent, et le malade mourut le 24 septembre, à deux heures du matin, environ un mois après son entrée à l'hôpital, et plus d'un an après les premiers symptômes de la phthisie.

Ouverture du cadavre. État extérieur.—Marasme porté au dernier degré.

Tête. — Tout était sain dans le crâne.

Thorax. — Les poumons, de volume et de couleur ordinaires, adhéraient aux parties contiguës, à l'aide d'un tissu cellulaire abondant. Leur intérieur renfermait, surtout dans la partie postérieure et supérieure, un grand nombre de granulations miliaires, blanches. luisantes, demi-transparentes, agglomérées en masses plus ou moins considérables. Aucune de ces granulations n'était en suppuration. Il n'y avait aucune ulcération dans les pou-

mons. On y distinguait encore beaucoup de parties qui ne renfermaient pas de ces petits grains cartilagineux. Mais dans ces endroits, le tissu pulmonaire avait perdu presque toute son élasticité. En le comprimant, on l'aplatissait comme un linge mouillé ; et il ne reprenait pas un volume plus considérable que celui auquel on l'avait réduit par la pression. La membrane muqueuse des voies aériennes était pâle et enduite d'une mucosité blanchâtre.

Abdomen.—Le foie, la rate, le pancréas, les reins et la vessie étaient dans l'état naturel. Les intestins paraissaient aussi n'avoir aucune lésion lorsqu'on les examinait intérieurement; mais après avoir fendu le canal intestinal, on trouva à la surface interne du cœcum un grand nombre d'ulcères fongueux et granuleux, qui n'affectaient que la membrane muqueuse.

Les chairs de tout le corps se déchiraient avec la plus grande facilité; celles des membres abdominaux étaient pâles et très-infiltrées.

Voici les réflexions que suggère à Bayle l'observation précédente :

« La mort de ce chapelier ne peut être attribuée aux ulcérations du poumon, puisqu'il n'y en avait pas. On observe ordinairement la même chose dans plusieurs de ceux qui succombent à la phthisie granuleuse simple. Ils ne meurent que par l'effet de l'épuisement qu'entraînent le dévoiement, la fièvre hectique et l'expectoration. C'est l'absence de l'ulcération des poumons, dans plusieurs cas de cette espèce, qui est la cause de la longue durée de la phthisie granuleuse chez certains sujets, qui vivent dans cet état pendant un grand nombre d'années, sans qu'on observe jamais la moindre trace de pus dans leurs crachats, et sans qu'on puisse prononcer avec certitude sur le véritable caractère de la maladie. »

Evidemment, Bayle, préoccupé du poumon seul, néglige complétement des lésions qui nous semblent pouvoir rendre compte de la marche de la phthisie : je veux parler des ulcérations intestinales, qui sont fongueuses, granuleuses, et sont certainement des ulcérations tuberculeuses. Aussi pensons-nous que cette observation doit rentrer dans le cadre des phthisies ordinaires. Mais nous devons, ce me semble, rapprocher dans ce fait, et les lésions que l'on constate à l'autopsie, et les signes qu'on retrouve pendant la vie.

La lésion pulmonaire n'a pas été latente, loin de là ; c'est même elle qui attire seule, pour ainsi dire, l'attention des médecins. Cet

homme jouissait d'une bonne santé, lorsqu'il fut pris *d'une toux sèche, opiniâtre, accompagnée, au bout de quelques mois, d'une expectoration muqueuse*. Je le demande, ne sont-ce pas là les caractères de la toux due au développement du tubercule miliaire du poumon? n'est-ce pas là aussi le caractère de l'expectoration? Or, ces symptômes remontent déjà très-haut, ils remontent au moins à un an, et, à l'autopsie, on ne retrouve que des granulations miliaires non dégénérées, non caséifiées.

Dans les autres observations que cite Bayle, comme étant des phthisies granuleuses simples, on retrouve toujours des ulcérations tuberculeuses, soit intestinales, soit laryngées, soit pulmonaires, comme dans l'observation qui suit :

Obs. XXIII. — *Quatrième période. Phthisie granuleuse au troisième degré (pulmonaire et laryngée) — granulations miliaires.*

Th., ouvrier en crin, âgé de 40 ans, d'un tempérament sanguin, fut pris, vers la fin d'avril 1805, d'un rhume opiniâtre. Au bout de quelques mois, continuant toujours à tousser, il ressentit des points douloureux dans diverses parties de la poitrine, et ses crachats furent teints d'un peu de sang. Les douleurs, ainsi que le crachement de sang, se dissipèrent en peu de temps, mais la toux persista. L'expectoration glaireuse devenait chaque jour plus abondante. En octobre, les douleurs de poitrine reparurent, et le malade ne pouvait dormir que sur le côté droit ou sur le ventre. Lorsqu'il était couché sur le côté gauche ou sur le dos, il éprouvait des tiraillements douloureux, qui augmentaient la toux d'un manière fatigante. Bientôt il survint des sueurs nocturnes et un peu d'amaigrissement. Insensiblement, les forces diminuèrent, et dix mois après l'invasion de la maladie, cet homme, ne pouvant plus continuer ses travaux, fut obligé d'entrer à la Charité, où il fut reçu le 20 février 1806. Voici quel était son état à cette époque :

Léger amaigrissement; pouls petit et lent; peau de chaleur naturelle Décubitus constant sur le côté droit. Thorax résonnant très-bien dans toute la poitrine. Toux fréquente, suivie d'une expectoration muqueuse, limpide et filante, dans laquelle on voyait nager des crachats un peu plus opaques, dont quelques-uns étaient teints de sang.

Sueurs partielles, surtout la nuit, à la poitrine et à la paume des mains; selles et urines dans l'état naturel.

Langue bien nette.

A ees symptômes se joignait de l'anorexie. La bouche était amère; il y avait des douleurs épigastriques et une eéphalalgie susorbitaire.

Ces derniers symptômes disparurent assez facilement, mais la maladie principale s'aggrava de jour en jour. Pendant deux mois et demi que ce malade fut traité à la Charité, on le trouvait couehé sur le côté droit; il maigrissait lentement. Sa peau prit une eouleur blafarde. La voix devint d'abord voilée, puis elle s'éteignit tout à fait. Vers le milieu d'avril, il survint un dévoiement que rien ne put arrêter. Le eôté droit résonnait toujours bien à la pereussion. La voix ne se faisait plus entendre, mais les paroles étaient en quelque sorte *soufflées* distinetement. Enfin la mort termina les souffranees de ee malade le 7 mai 1806 à une heure après midi.

Ouverture du cadavre. — *Thorax.* Il y avait dans le larynx, à la base des eartilages arythénoïdes, des uleérations grisâtres assez profondes, plus larges que de grosses lentilles. La partie inférieure de ces eartilages étaic eariée.

Le milieu du cartilage ericoïde était rouge, épais et très-ramolli; la partie inférieure du larynx était fort rouge, un peu épaissie et légèrement ulcérée. Cette lésion augmentait à mesure qu'on avançait dans la traehée et dans les bronehes, où le gonflement, la rougeur et l'exeoriation de la membrane muqueuse étaient beaueoup plus intenses.

Les poumons étaient libres; mais, en les touehant, on y sentait un nombre infini de petites duretés. Lorsqu'on les ineisait, on les trouvait remplies de granulations miliaires, transparentes et eomme eartilagineuses; il y avait à leur base des exeavations, les unes eapables de loger des noisettes, et d'autres assez spacieuses pour renfermer un œuf de poule. Ces cavités eommuniquaient entre elles. Les vaisseaux sanguins et les ramifications bronehiques étaient appliquées sur les parois des ulcères, et ceux-ci étaient tapissés par une membrane fine qui séerétait le pus. On ne voyait pas de gros tubereules dans les poumons.

Le cœur était sain.

Abdomen. — Il y avait environ une pinte de sérosité de eouleur citrine dans la cavité du péritoine. Le foie était sain, de même que la rate, le pancréas, l'estomae, l'intestin grêle et les glandes mésentériques. On voyait, à l'extérieur du gros intestin, un grand nombre de taehes rouges de la largeur de l'ongle, qui correspondaient à de larges ulcérations de la face interne du cœeum et de tout le eolon. Ces uleérations, qui avaient détruit complétement la membrane muqueuse, avaient des bords plus larges que l'ongle du pouce, relevés et taillés à pic.

Les organes urinaires et reproducteurs étaient sains.

Il nous semble donc impossible dans l'état actuel de la science, en se basant sur les seules observations de Bayle, — et je n'en connais

pas d'autres qui puissent modifier ce que j'avance, — il me semble, dis-je, impossible d'admettre une phthisie granuleuse simple, c'est-à-dire produite par des tubercules miliaires devenus fibreux.

Bien plus, si j'en juge par les recherches des auteurs, de Cruveilhier en particulicr, recherches que j'ai signalées au début de ce travail, loin de produire la phthisie, ces granulations fibreuses prouveraient une tendance heureuse vers la guérison des manifestations locales de la diathèse tuberculeuse, puisque Cruveilhier désigne ces granulations du nom de *granulations de guérison.*

Je dis une tendance heureuse vers la guérison des manifestations locales de la diathèse tuberculeuse; car, si j'en juge par les faits, malgré cette guérison du produit anatomique, la maladie peut ne pas être guérie; des manifestations tuberculeuses sur d'autres organes peuvent se faire, ou une nouvelle poussée tuberculeuse vers le poumon, par exemple, se produire, et entraîner la mort des malades. Bayle nous fournit, ce me semble, un bel exemple de ce fait et c'est ce qui explique peut-être beaucoup de ces morts subites à la suite parfois d'une hémoptysie, et qu'on retrouve signalées dans quelques observations. Il est bien probable que dans ces cas, si l'on avait scruté les antécédents personnels des malades, on aurait pu trouver quelques signes révélateurs d'une poussée de granulations vers le poumon. C'est ce qui est constaté dans certaines observations, et ceci nous amène à parler de la latence possible du tubercule miliaire dans l'intérieur du parenchyme pulmonaire.

Si je n'ai pas fait une classe à part des tuberculoses miliaires du poumon à forme latente, c'est que j'ai pensé que ces formes avaient leur place toute marquée ici, et que les faits se rapportant aux granulations fibreuses pouvaient les éclairer, les expliquer même.

Le tubercule miliaire peut-il exister pendant un certain temps dans l'intérieur du poumon sans subir la dégénérescence caséeuse ? telle est la question qui se pose actuellement devant nous.

Beaucoup d'auteurs pensent que la tuberculose miliaire ne peut avoir qu'une courte durée, et ils se basent principalement sur l'absence de la transformation caséeuse de son produit pour expliquer ce

fait. Mais cet argument nous paraît tomber devant les recherches si précises des anatomo-pathologistes de notre époque et plus particulièrement de M. Grancher. L'évolution caséeuse du tubercule n'est pas fatale ; il en est une autre qui peut se produire, c'est l'évolution fibreuse. Or, quelle différence doit exister dans les symptômes locaux et les symptômes généraux entre ces deux évolutions, dont l'une transforme le produit en un corps dur, fibreux, inoffensif ; et dont l'autre au contraire, ulcère, détruit les tissus et donne lieu à des produits de résorption bien aptes à entretenir la fièvre et à amener cette hecticité ou cette cachexie particulière de la diathèse tuberculeuse ?

Je me hâte de le dire, la confirmation anatomo-pathologique de ces faits a besoin de s'appuyer sur des bases autres que le simple aspect extérieur (Bayle), mais je suis convaincu que les recherches des anatomo-pathologistes modernes seront d'accord avec ce que nous enseigne la clinique.

L'observation clinique nous montre, en effet, dans les observations recueillies avec soin et dans lesquelles on ne se contente pas de l'état actuel, elle nous montre, dis-je, des symptômes fonctionnels ou autres qui viennent révéler une atteinte évidente des organes respiratoires, remontant déjà assez haut. C'est une toux sèche et quinteuse, c'est une expectoration spumeuse particulière, ce sont des douleurs de la poitrine ; ce sont enfin d'autres troubles plus généraux, des mouvements fébriles, des sueurs nocturnes, des pleurésies qui laissent après elles des déformations thoraciques, des pleurites sèches produisant le même effet et qui prouvent une atteinte évidente portée aux poumons ; puis tout se calme, à tel point que des malades ont pu être suivis pendant longtemps par d'excellents observateurs (voir plus loin l'observation d'Andral) sans que l'examen du thorax révélât rien d'anormal, pour ainsi dire ; lorsqu'une maladie intercurrente, une péritonite, par exemple, emporte le malade, et on est tout étonné de trouver dans les poumons de nombreux tubercules. — D'autres fois, des congestions pulmonaires se produisent, des hémoptysies ont lieu (cas d'Andral), et le malade succombe ; ou bien des manifestations autres de la diathèse se révèlent, soit vers le larynx, soit vers

l'intestin. Aussi me demandai-je si ce n'est pas à des cas pareils qu'il faut rapporter ce qu'Andral dit des tuberculoses aiguës, qui peuvent rapidement se terminer par la mort, en se manifestant seulement par des phénomènes généraux et qui présentent pour toute lésion des tubercules miliaires.

Or, comment expliquer dans les cas que je mentionnais tout à l'heure, la toux antérieure, comment expliquer les différents phénomènes que je signalais, sinon par la présence de tubercules dans le poumon? D'abord cet organe tolère mal ces produits nouveaux ; puis il s'y habitue, jusqu'à ce qu'une nouvelle poussée ou d'autres éléments viennent réveiller sa sensibilité endormie.

J'ai pour appuyer ce que j'avance l'autorité d'hommes dont personne ne récusera la haute valeur scientifique : ces hommes s'appellent Bayle, Laënnec, Andral, Louis, Leudet, Hérard et Cornil, etc.

Laënnec admet que les poumons peuvent être farcis de tubercules miliaires demi-transparents, qui ne donnent lieu longtemps qu'à de la toux (*Traité de l'auscultation*, p. 225). Andral pense que des tubercules peuvent se former dans le poumon bien avant que la toux se manifeste. (*Clin. méd.* t. IV., p. 107 et suivantes).

Louis dit avoir rencontré plusieurs individus qui toussaient sans interruption, avaient eu des hémoptysies depuis plusieurs années et qui pour toute lésion du parenchyme pulmonaire offraient des granulations grises du volume indiqué, ou même bien au-dessus. (*Recherches anat. path. sur la phth.*, p. 5).

La latence perd ainsi beaucoup de son importance, et la manière de comprendre la tuberculose chronique s'élargit d'autant. Ce n'est plus une phthisie à la manière dont Bayle la comprenait; c'est une maladie qui se fait par poussées, comme celle que nous allons retrouver tout à l'heure ; seulement, ses produits, au lieu de subir la dégénérescence casséeuse, deviennent fibreux, et elle embrasse un intervalle de temps plus ou moins long, des années parfois. Puis, arrive la terminaison, qui peuse faire de différentes manières, soit à la suite d'une poussée de granulations qui entravent l'hématose, soit à la suite d'une congestion assez vive pour produire une hémoptysie, ou pour donner lieu aux troubles

ordinaires de la bronchite capillaire ou à ceux d'une inflammation pulmonaire, soit enfin à la suite d'autres manifestations de la diathèse se faisant sur un organe différent.

La latence, disons-nous, perd ainsi beaucoup de son importance; et, en effet, habitué, à la suite de l'immortelle découverte du grand Laënnec, à pouvoir analyser pour ainsi dire ce qui se passe dans le poumon, nous avons négligé les troubles fonctionnels, qui ne s'expliquent pas par l'examen stéthoscopique; nous ne les relions pas aux phénomènes antérieurs; et nous regardons, comme constituant toute la maladie, les accidents terminaux d'un état morbide dont les poussées aiguës peuvent cependant nettement être constatées, et dont les périodes de calme s'expliquent par la tolérance du poumon relativement au produit formé.

Nous voudrions avoir le loisir de nous étendre plus longuement sur cette forme chronique de la tuberculose miliaire du poumon; mais, malheureusement, le temps nous presse, et nous sommes obligé de passer vite.

Mais il nous semble que c'est là une manière de comprendre l'évolution possible de la tuberculose miliaire qui méritait d'être signalée; car je ne sache pas qu'aucun auteur ait envisagé la question sous ce jour; et cependant, elle nous paraît ressortir complétement des faits recueillis par les observateurs du commencement de ce siècle.

J'invoquerai encore, l'autorité incontestée d'un homme considérable :

« La longue durée de la phthisie pulmonaire, dit Andral (*Clin. méd.*, t. IV, p. 361), est due souvent à ce qu'elle affecte une véritable marche intermittente; on voit de temps en temps les symptômes qui l'annoncent disparaître plus ou moins complètement, puis se montrer plus tard, s'amender de nouveau pour se reproduire encore, et ainsi de suite. Cette maladie nous offre ainsi l'exemple bien constaté d'une lésion constante, qui, en raison de circonstances plus ou moins bien appréciables, ne donne lieu qu'à des symptômes intermittents. Il semble que, pendant cette suspension complète ou incomplète de symptômes, les tubercules restent stationnaires dans leur développement, et

qu'en vertu d'une sorte d'habitude le parenchyme pulmonaire n'est plus irrité par leur présence, à l'instar d'autres organes qui supportent, sans trouble de leurs fonctions, la présence de corps étrangers. Mais ici on pourrait demander ce qui prouve que, dans ce que nous appelons état stationnaire de tubercules, ceux-ci existent réellement dans le poumon ; car la plupart des symptômes de la phthisie pulmonaire sont quelquefois produits par une simple bronchite. D'abord nous pourrions dire que, lorsque celle-ci simule une phthisie tuberculeuse, elle est de longue durée et continue, tandis que le retour fréquent de catarrhes pulmonaires, dont chacun ne dure que peu de temps, se lie bien plus souvent à la présence de tubercules dans les poumons. Il est vrai que l'on pourrait répondre que ces bronchites ne se suspendent ainsi que tant qu'il n'y a pas encore formation de tubercules, et qu'elles deviennent continues une fois que ceux-ci existent. Mais nous invoquerons des preuves plus directes, et, pour démontrer la possibilité de la suspension de la marche de la phthisie dans ces divers degrés, nons aurons recours : 1° à l'ouverture des cadavres ; 2° à des signes qui appartiennent d'une manière si caractéristique à cette maladie, que de leur seule existence nous pourrons conclure d'une manière certaine que le poumon contient des tubercules. »

Les preuves fournies par l'ouverture des cadavres, Andral les demande à l'observation du passementier que nous citons plus bas et à l'autopsie duquel on trouva dans les deux poumons de nombreux tubercules petits, blancs ou grisâtres, qu'entourait un parenchyme très-sain ; et voici les remarques dont l'auteur du *Traité de la Clinique médicale* fait suivre cette observation :

« Dans ce cas, il est bien évident que des tubercules existaient dans le poumon avant l'invasion de l'affection abdominale aiguë à laquelle succomba le malade, et cependant il avait cessé de tousser depuis quelques mois, et, bien que d'une constitution faible, il jouissait d'une bonne santé. Il est vraisemblable que des tubercules avaient commencé à se développer dans les poumons de cet individu à peu près à la même époque où se manifesta la première hémoptysie ; il est vraisemblable aussi que chaque fois qu'ils tendirent à se multiplier, et que le

travail qui leur avait donné naissance prit de l'activité, la toux, les crachements de sang et les autres symptômes de phthisie pulmonaire reparurent; ils s'effaçaient lorsque le travail de tuberculisation devenait stationnaire. Ici, d'ailleurs, en raison de la nature des tubercules, l'auscultation ne pouvait donner aucun renseignement; remarquons toutefois que la grande intensité du bruit respiratoire annonçait un obstacle quelconque à la libre entrée de l'air dans les vésicules pulmonaires. »

Les preuves fournies par l'auscultation, Andral les demande à la guérison possible des cavernes tuberculeuses.

Qu'a-t-il manqué à Andral, je le demande, pour comprendre la tuberculose miliaire chronique comme nous? Il lui a manqué tout simplement la notion de l'évolution fibreuse du tubercule.

En résumé, la diathèse tuberculeuse peut donner lieu à des tubercules miliaires qui, au lieu de subir la dégénérescence caséeuse, deviennent fibreux, évolution heureuse qui représente pour ainsi dire la guérison du produit de la diathèse; mais cette dernière peut ne pas avoir épuisé son action, de nouvelles poussées se font à des intervalles plus ou moins éloignés : ou bien la diathèse porte son action sur d'autres organes, donnant lieu en ces points aux lésions ulcéreuses ordinaires; ou bien la diathèse tend à se généraliser, donnant lieu à une véritable tuberculose aiguë généralisée.

Quels seront donc les symptômes qui pourront nous révéler cette forme particulière de la diathèse tuberculeuse? Ce sera d'abord la toux, dont nous connaissons le caractère sec et quinteux, toux qui pourra être continue depuis un temps plus ou moins long, et qui pourra s'aggraver sous l'influence de causes extérieures, ou qui pourra être intermittente et revenir à des intervalles plus ou moins éloignés. Ce seront des hémoptysies, qui apparaîtront à des époques variables, s'accompagnant de ces troubles généraux qui caractérisent assez bien la fièvre catarrhale; ce seront des rhumes parfois persistants, d'autres fois revenant à des époques répétées; ce seront des douleurs dans la poitrine donnant lieu, comme le dit Bayle, à des tiraillements, lesquels sont dus bien probablement à des pleurites sèches; ce sera le défaut de rapport qui existe entre ces faits et ceux que révèle l'auscultation,

qui ne donne lieu souvent qu'à un peu de rudesse généralisée ou plus marquée au sommet; ce sera un peu de submatité au sommet avec une respiration un peu soufflante indiquant une *sclérose* de cette partie du poumon. Ce seront enfin les antécédents du malade. Tels sont les signes qui, j'en ai la conviction, seront complétés plus tard si l'attention des médecins est attirée de ce côté, et qui peuvent servir à établir l'existence d'une tuberculose chronique fibreuse.

Je devais, ce me semble, mettre ici en relief l'existence de cette forme. C'est à l'avenir à prononcer à son égard, le temps me manquant complétement pour l'étudier comme je l'aurais désiré.

Obs. XXIV. — *Première période. Phthisie granuleuse. Poumons remplis de granulations miliaires. Mort déterminée par une abondante hémoptysie.*

Un journalier, âgé de 30 ans, d'un tempérament sanguin, avait toute la fraîcheur et l'embonpoint de la jeunesse, lorsqu'il fut reçu à l'hôpital de la Charité, le 14 mai 1805. Il était cependant indisposé depuis trois ans, sujet à des rhumes répétés, et il n'avait jamais cessé entièrement de tousser et de cracher depuis sa vingt-huitième année. Cependant il n'avait point maigri.

Deux mois avant son entrée à l'hôpital, il avait eu une abondante hémoptysie; et depuis six mois il ressentait continuellement un malaise interne, indéfinissable; il avait souvent des sueurs la nuit; mais il n'était jamais constipé.

Le 7 mai, il fut pris, vers le soir, d'une nouvelle hémoptysie ; il rendit plus d'une chopine de sang pendant la nuit. Les jours suivants, la quantité de sang dans les crachats allait toujours en diminuant, et l'hémoptysie finit par disparaître tout à fait avant le septième jour.

Le 15 mai, cet homme fut examiné à la Charité. Il avait appétit, ne paraissait point malade, avait le teint frais, et n'offrait pas la moindre trace d'amaigrissement; l'état de son pouls n'annonçait pas la plus légère indisposition. Il y avait seulement de la toux; les crachats n'étaient pas sanglants; ils étaient abondants, muqueux, et d'un blanc opaque. On ordonna du petit lait édulcoré, de l'eau de riz avec de la gomme arabique et le sirop de grande consoude.

Du 15 au 17 mai, l'état de cet homme s'améliore progressivement, et il se proposait de sortir bientôt de l'hôpital.

Le 18 mai, à huit heures du matin, il se trouvait encore très-bien; à neuf heures, il fut pris subitement d'une hémoptysie très-abondante, et d'une violente suffocation.

Il expira dans cet état un quart d'heure après.

Ouverture du cadavre. — Etat extérieur. — Le sujet conservait l'embonpoint et la fraîcheur de la jeunesse; les chairs étaient fermes et d'un beau rouge.

Tête. — Tout était parfaitement sain dans le crâne, qui fut examiné avec soin.

Thorax. — Le cœur contenait du sang caillé; il était dans l'état naturel, de même que l'aorte, qu'on ouvrit dans toute son étendue, jusqu'à la naissance des artères iliaques.

Les poumons étaient libres et paraissaient sains au premier coup d'œil; mais leur tissu était rempli d'un grand nombre de granulations miliaires ou lenticulaires, dures et résistantes, qu'on distinguait facilement en pressant le poumon entre les doigts. Après l'avoir incisé, on voyait ces granulations, qui étaient demi-transparentes, et d'un blanc luisant; il y avait à leur centre un petit point opaque noir ou blanc renfermé dans une enveloppe transparente et ferme. Ces granulations, plus nombreuses dans les lobes supérieurs que dans les inférieurs, ressemblaient à de petits grains de grêle.

La trachée-artère, les bronches et les ramifications bronchiques étaient remplies de sang caillé consistant. La membrane muqueuse des voies aériennes était parfaitement saine et n'offrait absolument *aucune rougeur.* Dans le bord inférieur des lobes des poumons, le sang paraissait en quelques endroits un peu extravasé dans le tissu parenchymateux. Mais dans ces endroits même, lorsqu'on examinait une ramification bronchique, on en trouvait la membrane muqueuse saine, de sorte qu'il était impossible de découvrir par où s'était faite l'hémorrhagie qui avait fait périr le malade.

Abdomen. — L'estomac renfermait un caillot de sang d'un beau rouge et du volume des deux poings réunis, qui baignait du côté du pylore dans une certaine quantité de sang liquide très-écumeux et vermeil; cependant, la membrane muqueuse était saine dans toute l'étendue de l'estomac, ainsi que l'œsophage. Il n'y avait pas de sang dans le duodénum. Celui qui était dans l'estomac paraissait avoir été avalé.

Tout était d'ailleurs parfaitement sain dans l'abdomen; les intestins n'avaient pas perdu leur ressort. Le foie, la rate, le pancréas, l'épiploon et le mésentère, de même que les organes urinaires et reproducteurs étaient dans l'état sain.

Obs. XXV. *Plusieurs bronchites précédées ou non d'hémoptysie; dans leurs intervalles, pas d'autres symptômes du côté des voies respiratoires qu'une légère dyspnée. — Cessation complète de la toux plusieurs mois avant la mort. — Tubercules pulmonaires.*

Un passementier, âgé de vingt-neuf ans, ayant toujours été maigre et d'une faible constitution, est pris d'une abondante hémoptysie à l'âge de vingt-quatre ans; elle cesse au bout de quinze à vingt jours, mais pendant six mois le malade continue à tousser; il dépérit de plus en plus; il est

saigné plusieurs fois et couvert de vésicatoires. Au bout de ce temps, la toux diminue, puis cesse ; les forces reviennent, et le malade, à peu près revenu au même état où il se trouvait avant son catarrhe, comme il l'appelait, reprend ses occupations. Au bout d'un an environ, seconde hémoptysie et réapparition d'une nouvelle bronchite, qui dure tout l'hiver et cesse au printemps. Deux ans se passent sans nouvel accident du côté de la poitrine. Seulement la respiration est habituellement un peu courte, et le système musculaire a peu d'énergie. Parvenu à l'âge de vingt-huit ans, le malade contracte un nouveau rhume, qui ne débute pas, comme les précédents, par une hémoptysie. Ce rhume dure quatre à cinq mois, puis il cesse encore, et aussi complétement que les autres.

Pendant les huit mois qui précèdent l'entrée du malade à la Charité, la toux est nulle, la respiration assez libre, et rien n'indique un état morbide des organes thoraciques. Enfin, il est pris d'une gastro-entérite aiguë peu intense et entre à l'hôpital ; il nous donne alors les détails précédents. Depuis l'invasion de l'affection abdominale, il a recommencé à tousser; mais cette toux est légère et semble n'être qu'un symptôme très-secondaire. L'auscultation fait entendre le bruit respiratoire net partout, mais très-fort (sangsues à l'anus, tisane d'orge). Persistance de la fièvre, de la rougeur de la langue, de la sensibilité épigastrique et du dévoiement pendant les trois jours suivants. Puis l'abdomen devient tout à coup le siége d'une vive douleur, que la moindre pression exaspère ; il est dur, tendu, tuméfié; la face pâlit et se grippe; le pouls acquiert un extrême fréquence ; des vomissements continuels ont lieu. Ces symptômes de péritonite augmentent de plus en plus et emportent le malade le cinquième jour de son apparition.

L'ouverture du cadavre montre dans les deux poumons de nombreux tubercules très petits blancs ou grisâtres, qu'entourait un parenchyme très-sain. Epanchement séro-purulent dans le péritoine; injection arborescente de la membrane muqueuse de l'estomac dans sa portion splénique, de celle du quart inférieur de l'intestin grêle et du cœcum ; quelques pustules rougeâtres, avec ulcération de l'une à son sommet, un peu au-dessus de la valvule iléo-cœcale.

CHAPITRE VI.

I. Tuberculose miliaire tendant à la phthisie chronique et nodulaire.

La forme nodulaire de la phthisie pulmonaire est caractérisée par la formation dans le poumon de nodules tuberculeux, qui sur un territoire restreint accomplissent les différentes phases de leur évolution, deviennent caséeux, se ramollissent, donnent lieu à des cavernes à parois cicatrisées ou suppurantes ; les premiers nodules apparaissent dans les sommets ; ils ont déjà achevé leur évolution ou du moins sont très-avancés, lorsque d'autres se développent dans leur voisinage ; et dans son lent progrès, le processus toujours partiel, finit par envahir les deux poumons, du sommet vers la base. Chacune de ces poussées peut affecter une marche aiguë, pneumonique et être séparée de la précédente et de la suivante par des intervalles de bonne santé ; d'autres fois la marche de la maladie est continue, et les formations successives de masses nodulaires ne sont pas cliniquement distinctes.

Des faits de même ordre s'accomplissent dans la granulie chronique, avec cette différence que les poussées tuberculeuses ont lieu sous forme de granulations miliaires, éparses dans toute l'étendue des poumons, et que chacune des poussées détermine une réaction symptomatique semblable à celles que nous avons décrites pour la granulie aiguë.

Obs. XXVI.— La nommée Mélanie P..., âgé de vingt ans, est entrée dans mon service, salle Notre Dame, n° 42, le 20 juillet 1863.

Réglée à dix-huit-ans ; elle habite Paris depuis trois ans ; elle n'a aucun antécédent de scrofule, ni de rhumatisme. Sa mère est morte de maladie inconnue ; son père vit encore et se porte bien, ainsi que son frère, qui est âgé de dix-huit ans. Avant de venir à Paris, où elle est domestique, elle travaillait à la terre ; elle se portait bien, n'était pas sujette à s'enrhumer, et elle n a jamais craché le sang.

Il y a trois mois environ, elle a été malade pendant quelques jours.

ayant de la fièvre, de la douleur vague dans les deux côtés de la poitrine, mais ne toussant et ne crachant pas. Au bout de quatre ou cinq jours, tout malaise avait disparu, et elle avait repris son service.

La maladie qui l'amène à l'hôpital à commencé, il y a une quinzaine de jours, par du malaise, de la fièvre, non précédée de frissons ; par de la soif, de l'inappétence, du mal de tête, de l'insommie, de la faiblesse générale ; de la douleur dans les côtés de la poitrine, se manifestant alternativement à droite et à gauche, et lui rendant la respiration pénible. Elle a traîné ainsi une dizaine de jours sans prendre le lit : mais son état s'étant aggravé, elle a été obligée de s'aliter, et enfin de venir à l'hôpital.

Actuellement elle a de la fièvre, la peau est chaude, le pouls donne 110 pulsations par minute. Sa physionomie est altérée, et présente un certain degré de stupeur ; elle a du mal de tête, sans troubles des sens ; elle ne dort pas la nuit, elle a de la soif ; sa langue est humide et recouverte d'un léger enduit blanchâtre. Elle n'a point d'appétit, pas de vomissements ; ses garde-robes sont naturelles. Elle éprouve de l'oppression et de la douleur dans les deux côtés de la poitrine, mais principalement du côté gauche. La percussion donne de la matité à la base des deux poumons, mais plus à gauche qu'à droite. L'auscultation fait entendre de la respiration tubaire, mélangée de bruits de frottements plus nombreux à gauche qu'à droite. Dans le sommet des poumons, tant en avant qu'en arrière la respiration est vésiculaire, sans bruit accidentel, et à la base des poumons, là où existent la matité et la respiration tubaire, on entend de l'égophonie bien distincte.

Le diagnostic fut *pleurésie double*, compliquée d'embarras gastrique.

Pour traitement, on fit appliquer des ventouses sèches sur les deux côtés de la poitrine ; puis, le lendemain, on donna la tisane de polygala et la poudre d'ipéca à la dose d'un gramme et demi.

22 juillet. — L'ipéca a déterminé seulement quelques vomissements et des selles fréquentes ; la malade se trouve mieux ; elle respire plus facilement ; son mal de tête a diminué et le pouls est tombé à 95 pulsations ; les signes thoraciques sont les mêmes.

Vésicatoire volant sur le côté gauche de la poitrine ; bouillons.

25 juillet. — La respiration s'entend dans le côté droit de la poitrine, sans mélange à peine de bruit de frottement ; du côté gauche, l'état reste stationnaire ; la matité persiste dans les deux tiers inférieurs, ainsi que la respiration tubaire et des bruits de frottement nombreux très-humides. La malade a encore un peu de mal de tête ; elle dort très-peu et rêve beaucoup ; elle n'a pas d'appétit et conserve de la fièvre ; le pouls donne encore 96 pulsations. Elle tousse un peu, mais ne crache pas.

Chiendent miellé, nitré, julep gommeux avec feuilles de digitale, 15 centigrammes ; bouillon et potage.

30 juillet. — L'état général paraît meilleur, mais les signes de la pleurésie restent les mêmes du côté gauche. Application d'un deuxième vésicatoire ; le reste *ut supra*.

8 août. — La matité occupe encore le tiers inférieur de la poitrine du côté gauche; la respiration tubaire a disparu; il ne reste plus que des bruits de frottement très-humides, ressemblant à des râles sous-crépitants, et s'entendant dans les deux temps de la respiration; le pouls est à 80 pulsations. L'état général est bon. La malade reprend de l'appétit. Elle respire facilement. Elle tousse néanmoins un peu et rend quelques crachats muqueux.

Traitement : Tannin, 80 centigrammes; troisième vésicatoire sur le côté gauche; bouillon et potage.

12 août. — Mieux très-notable, bon appétit : gomme, une portion.

A partir de ce moment la malade reprit des forces de jour en jour, et sortit guérie de l'hôpital le 2 septembre. Elle se porta très-bien jusqu'au 2 octobre; à cette époque, elle retomba malade et fut reprise de fièvre, d'oppression, de douleur de côté, de perte d'appétit. Elle rentra à l'hôpital de la Pitié salle Notre-Dame, n° 40.

Elle présentait alors de la matité à la base des deux côtés de la poitrine, de la respiration tubaire dans les deux tiers inférieurs du côté gauche, et dans le tiers inférieur du côté droit. De plus, des bruits de frottement, ressemblant à des gargouillements, dans le tiers inférieur du côté gauche. On trouvait aussi, dans les deux sommets des poumons, quelques petits craquements humides, témoignant de la présence de tubercules en voie déjà de ramollissement. On appliqua de nouveau quelques vésicatoires volants.

La malade fut mise à l'huile de foie de morue, au tannin, à l'iodure de potassium.

Néanmoins, elle s'affaiblit de jour en jour davantage; elle éprouva des sueurs nocturnes et tous les symptômes de la consomption tuberculeuse.

De ce moment, la maladie prit les allures d'une phthisie chronique, et rien ne se présenta de particulier jusqu'au mois de janvier 1864.

Dans les premiers jours de janvier la malade fut reprise de frisson continu, de mal de tête, de bruits d'oreilles, d'insomnie, d'une soif vive, d'un profond dégoût pour toute espèce d'aliments; elle éprouva de la diarrhée pour la première fois, et une hyperesthésie générale très-intense. On ne pouvait pas lui tracer des lignes avec le dos de l'ongle sur la peau du ventre ou sur celle des cuisses sans lui causer une vive douleur, qu'elle témoignait en criant et en faisant cette abominable grimace que présentent si souvent ceux qui sont atteints d'inflammation granulique des méninges et de l'encéphale. La tache cérébrale hypérémique apparaissait lentement, n'atteignait son maximum qu'au bout d'une demi-minute, se dessinait alors très-nettement pendant deux minutes et demi à trois minutes, puis finissait par disparaître lentement.

Le ventre était devenu extrêmement sensible et déprimé; les parois en étaient rétractées et amincies.

Lorsqu'on venait à presser entre les mains les cuisses au-dessus du genou, on déterminait une très-violente douleur.

Ce nouvel état aigu enté sur la tuberculisation chronique, mena rapidement la malade vers une fin funeste.

Le 20 janvier, son haleine et son expectoration prirent une forte odeur ammoniacale et gangreneuse, qui nous fit admettre une gangrène pulmonaire. Le lendemain, à quatre heures du soir, elle rendit le dernier soupir.

Autopsie. — Maigreur extrême et quelques taches pétéchiales sur les cuisses et sur le tronc.

Tête. — Une assez grande quantité de sérosité sanguinolente s'écoule des veines de la dure-mère. Cette membrane ne présente d'ailleurs rien de particulier : à sa surface libre, l'arachnoïde ne paraît pas altérée sur les circonvolutions cérébrales ; elle n'est ni rugueuse, ni sèche, ni poisseuse, mais à la base du cerveau, et au niveau de sa réflexion sur le cervelet, elle est épaissie, laiteuse, et présente plusieurs petites granulations demi-transparentes. La pie-mère est extrêmement congestionnée sur les circonvolutions et surtout au niveau des anfractuosités ; on rencontre une multitude d'arborisations vasculaires distendues par du sang rouge ; la substance corticale des circonvolutions et aussi très-congestionnée.

On rencontre sous l'arachnoïde, le long des vaisseaux de la pie-mère, et particulièrement au niveau des scissures de Sylvius, quelques petites granulations, les unes dures et transparentes, les autres molles et opaques; la substance cérébrale, la congestion siége exclusivement à la périphérie de l'organe cérébral, n'est pas ramollie. Il n'y a pas d'injection de la substance blanche.

Thorax. — Les deux poumons adhèrent aux plèvres pariétales par des adhérences cellulo-membraneuses très-nombreuses ; elles sont assez molles à droite pour permettre d'enlever complétement le poumon de ce côté, mais elles sont trop résistantes à gauche pour être rompues, ce qui empêche d'extraire le poumon de ce côté sans en déchirer une partie.

Indépendamment des adhérences, les poumons présentent sur la plèvre qui les tapisse de très-nombreuses granulations ; elles se rencontrent surtout dans les scissures interlobaires, le poumon droit lui-même en contient un très-grand nombre qui sont à différents états.

A la base du poumon droit, les granulations sont très-petites et encore demi-transparentes, sans aucune trace de tuberculisation ; mais, au sommet et dans la partie moyenne, elles sont plus grosses, plus nombreuses, et un bon nombre d'entre elles sont tout à fait opaques et dures, déjà tuberculisées.

Dans le sommet du poumon de côté existent plusieurs cavernes anfractueuses, dont quelques-unes sont gangrenées et exhalent une odeur ammoniacale infecte.

Du côté gauche, le poumon est littéralement farci de tubercules ramollis et criblé d'ulcérations tuberculeuses ; dans les parties du poumon qui ne sont pas détruites, il existe une quantité innombrable de granulations miliaires tuberculisées. Les adhérences avec la plèvre pariétale sont tellement intimes de ce côté qu'il est impossible de les rompre. Il est donc difficile de

juger si les gargouillements qu'on entendait de ce côté, à la base de la poitrine, se passaient dans les petites cavernes pulmonaires, ou bien s'ils étaient produits par les adhérences cellulo-membraneuses, développées à la suite de l'inflammation. Les ganglions bronchiques sont gros, quelques-uns rougeâtres, d'autres très-tuberculeux. Le péricarde contient un peu de sérosité transparente; sa surface séreuse n'offre rien de particulier du côté de l'enveloppe fibreuse, mais, du côté du cœur, elle présente de nombreuses taches laiteuses. Le cœur offre son volume normal; les valvules sygmoïdes de l'aorte présentent une ligne de petites végétations granuleuses, un peu au-dessous de leur bord libre. Ces petites végétations sont très-adhérentes à la séreuse et paraisssent formées par de la fibrine en voie d'organisation.

Abdomen. — Le péritoine ne contient pas de liquide, mais il présente une péritonite adhésive très-remarquable sur le foie et sur la rate. Sur ces organes se trouve une lymphe transparente, extrêmement plastique, qui forme déjà des adhérences celluleuses, molles, très-nombreuses. Il n'y a pas, du reste, de rougeur du péritoine, ni sur le tube digestif, ni sur les parois du ventre. L'inflammation du péritoine se révèle particulièrement par le produit plastique dont il vient d'être parlé. La rate présente à sa surface un bon nombre de granulations aplaties, de coloration laiteuse; elle n'en offre pas à son intérieur. Le foie est gros et un peu gras. Les reins n'offrent rien de notable. Les ovaires sont très-petits et n'ont ni tubercules, ni granulations.

Les ganglions mésentériques ne sont pas tuméfiés, et aucun d'eux n'est tuberculeux.

Il y a donc une péritonite adhésive, sans lésion primitive qui puisse en être regardée comme le point de départ. Les séreuses articulaires, soigneusement examinées, n'ont présenté aucune altération.

L'observation précédente, que nous empruntons à Empis et dont la durée a été de neuf mois environ, confirme, ce nous semble, de tous points ce que nous avancions tout à l'heure. Si nous récapitulons l'histoire de cette malade, nous trouvons, tout à fait au début, des phénomènes passagers de fièvre avec douleurs dans la poitrine; au bout de quelques jours, tout disparaît. Trois mois après, cette malade est atteinte d'une poussée granulique principalement pleurale, qui disparaît au bout de six semaines ne laissant après elle que des produits fibro-plastiques en voie de se transformer en adhérences celluleuses; puis, la malade reprend des forces, et sort *guérie*, dit Empis, le 2 septembre. Mais cette guérison est passagère et Mélanie P. est

obligée de rentrer à l'hôpital le 2 octobre; à ce moment, elle est prise d'une nouvelle poussée aiguë avec fièvre, oppression, douleur de côté et perte d'appétit; on peut constater alors aussi des signes précis de caséification des produits tuberculeux dans les sommets des poumons; puis, bientôt les phénomènes d'acuité disparaissant, la maladie prit les allures d'une phthisie chronique qui resta telle jusqu'au mois de janvier 1864. Alors, la fièvre s'allume de nouveau, la céphalalgie, l'insomnie, l'hyperesthésie cutanée et musculaire apparaissent en même temps : le ventre devient sensible, il y a du dégoût pour les aliments, la tuberculose miliaire a de la tendance à se généraliser, et cet état entraîne rapidement la malade vers une fin funeste.

La marche spéciale que nous venons de décrire, rattache, on le voit, la forme de tuberculose miliaire, que nous étudions actuellement, d'une part, aux formes chroniques nodulaires, d'autre part à la tuberculose miliaire généralisée.

Les formes que prennent les poussées granuleuses peuvent être fort variables, et on peut retrouver toutes celles que nous avons décrites précédemment; au début, par exemple, c'est une pyrexie à forme typhoïde qui guérit; quelques jours après, se manifeste une pleurésie à forme intense qui guérit encore; enfin, une pneumonie catarrhale ou un catarrhe suffocant emportent le malade (Voir, entre autres, l'observation de Guesnon).

L'autopsie montre alors des granulations miliaires répandues dans les divers lobes, mais ordinairement plus serrées dans les sommets où elles sont quelquefois devenues confluentes, et forment des masses caséeuses de volume notable ou même de petites cavernes.

Dans l'intervalle des poussées tuberculeuses, les phénomènes sont différents suivant l'époque de la maladie.

Au début, après les premières poussées, l'individu peut reprendre les apparences de la santé la plus parfaite; il peut exister un arrêt momentané des symptômes locaux, et c'est à peine si la percussion donne une légère submatité aux sommets des poumons, et s'il existe une expiration un peu prolongée; l'appétit renaît et la nutrition reprend son état ordinaire. Mais il n'en est plus de même dans la suite : les

éléments morbides qui se surajoutent au produit tuberculeux peuvent bien disparaître, la congestion ou l'inflammation s'effacer, les épanchements pleurétiques se résorber; mais le produit tuberculeux suit son évolution, il se ramollit, et le médecin retrouve les symptômes locaux qu'entraîne avec elle cette transformation et qui sont en rapport avec l'étendue et la gravité des désordres antérieurement produits et irrémédiables.

De plus, si l'acuité des symptômes généraux s'atténue, l'état général reste mauvais, l'appétit est nul, la digestion se fait difficilement, il existe de la diarrhée, la nutrition est mauvaise, l'amaigrissement se prononce, il se produit une fièvre à caractère hectique bien marqué, on constate des sueurs nocturnes, en un mot les phénomènes ordinaires de la phthisie chronique, qui restent tels ou vont progressivement croissant, jusqu'à ce qu'une nouvelle poussée aiguë vienne apporter de nouveaux produits à la caséification.

La terminaison de la maladie est variable ; elle a lieu, soit par asphyxie progressive ou congestion pulmonaire foudroyante avec ou sans hémoptysie, soit par une pneumonie miliaire aiguë, soit par une pleurésie double avec épanchement, soit par une syncope par dilatation du cœur, ou consécutivement à une péricardite, à une néphrite ou à des thromboses et des embolies ; soit, et cela souvent par une généralisation de la maladie vers le péritoine ou les centres nerveux, soit par une phthisie commune, etc.

Je puis borner là, je pense, l'étude de cette forme chronique de la tuberculose miliaire du poumon ; car chacune des poussées qui se produisent ressemble à l'une ou à l'autre des diverses formes cliniques aiguës que nous avons passées en revue, et le diagnostic s'établit au moyen des mêmes indications.

Le pronostic, moins grave que dans les formes aiguës, qui emportent rapidement le malade, a cependant une gravité exceptionnelle, gravité que la maladie emprunte à sa nature même.

II. — Tuberculose miliaire tendant à la tuberculose lobaire ulcéreuse.

La tuberculose miliaire du poumon se rattache, nous venons de le voir, par de nombreux faits de transition, à la tuberculose chronique; mais elle peut être rattachée aussi à la phthisie galopante. Je serai bref sur cette question.

Rien ne paraît plus différent dans les formes types du tableau de la tuberculose miliaire que celui de la phthisie ulcéreuse. Celle-ci est aiguë ou chronique ; la forme aiguë seule doit nous occuper. Cette tuberculose ulcéreuse aiguë appartient à l'âge adulte et à des sujets vigoureux, tandis que la tuberculose miliaire affecte les jeunes gens de constitution délicate ; elle occupe d'un seul tenant un lobe ou un poumon entier, respectant les autres parties; elle est caractérisée par une hépatisation molle, grise, uniforme, au sein de laquelle se détachent des granulations et des nodules caséeux, mous, jaunes, subissant promptement une fonte ulcéreuse, qui gagne de proche en proche le parenchyme hépatisé et donne lieu à de vastes et précoces cavernes; elle a une marche fatale, sans rémission, les allures de la pneumonie aiguë, les symptômes d'une phlegmasie ou d'une pyrexie ; la généralisation tuberculeuse dans les autres organes est tout à fait exceptionnelle.

Il existe cependant, entre cette forme de la phthisie et la tuberculose miliaire, des formes de transition. On peut voir, dans la tuberculose miliaire, une hépatisation compacte s'étendre à tout un lobe ou à un poumon, et les petites masses nodulaires montrer, dès l'origine, une tendance à la désagrégation granulo-graisseuse de leurs éléments, au ramollissement et à la formation rapide de cavernes.

Obs. XXVII.— *Phthisie galopante secondaire, et simultanément tuberculisation aiguë siégeant exclusivement dans les poumons chez un sujet atteint de phthisie chronique.* — Observation recueillie par M. Ferry, médecin stagiaire.

F..., âgé de 25 ans, maréchal-des-logis chef, entré à l'hôpital du Val-de-Grâce le 14 octobre 1873, salle 16 *bis*, n° 1, service de M. Léon Collin.

D'une santé délicate, ce malade a pu néanmoins, depuis cinq ans, résister aux fatigues du service militaire. Instruit, intelligent, et proposé pour le grade d'officier, il a jusqu'ici surmonté, sans entrer ni à l'infirmerie, ni à l'hôpital, des indispositions nombreuses, surtout des rhumes, qui sont devenus plus fréquents depuis l'hiver précédent.

Il y a vingt jours environ, un de ces rhumes reparut, mais caractérisé, cette fois, par une toux intense, convulsive, revenant, le matin surtout, sous forme d'accès violents. Dans un de ces accès (26 septembre 1873), se manifesta une hémoptysie, qui depuis, se renouvela trois fois, entraînant, à chaque reprise une perte de sang de 150 grammes environ. Sans éprouver d'autres symptômes morbides, tels que dyspnée, douleur de côté, ni même perte d'appétit, le malade se voit rapidement maigrir; ses forces diminuent rapidement aussi, et il est obligé d'entrer à l'hôpital.

Le 15 octobre, date de la première visite, on constate la pâleur des tissus, l'amaigrissement général, avec un peu d'élévation du pouls et de la température; peau moite; pouls plein, régulier, à 90.

La respiration est difficile, le malade est obligé de rester à demi-assis dans son lit. Il est tourmenté par une toux déchirante, presque incessante, entraînant, après chaque repas, le rejet d'une partie notable des aliments.

L'expectoration, spumeuse, très-abondante, est striée de sang. Bien qu'il n'existe aucune douleur spontanée, la percussion, même médiate et pratiquée avec ménagement, détermine, aux deux sommets, une sensation très-pénible; elle permet de constater, dans ces deux régions, de la submatité en avant et surtout en arrière, submatité plus étendue au sommet droit.

A l'auscultation, respiration et râles caverneux au sommet gauche; au sommet droit, expiration tubaire avec râles humides sous la clavicule et craquements secs dans la fosse sus-épineuse. Dans le reste du thorax, grand nombre de râles sibilants, et prolongation considérable de l'expiration.

Il n'existe rien de particulier du côté des voies digestives, ni du système nerveux.

Sous l'influence du repos, de quelques calmants et du régime lacté, la toux diminue notablement. A partir du 20 octobre, le malade peut se lever plusieurs heures par jour. Les vomissements alimentaires ont complétement cessé, et les crachats ne renferment pas de sang.

Le 24 octobre, hémoptysie à la suite d'une quinte de toux. En quelques heures, le malade remplit deux fois son crachoir de sang aéré presque pur. Peau chaude, pouls fréquent, abattement considérable des forces. *Prescription :* 1 gramme de perchlorure de fer dans 40 grammes d'eau distillée; potion avec 0 gr. 60 de teinture de digitale; ventouses sèches sur les régions antéro-latérales du thorax; sinaspismes aux extrémités.

Cette expectoration sanglante diminue, puis disparaît dans les journées du 25 et du 26 octobre; mais, le 29, survient une hémoptysie nouvelle qui dure pendant deux jours.

A partir de cette époque se développe un mouvement fébrile intense presque continu. Le pouls varie de 110 à 130 pulsations; la température, de 39°,5 à 40°,3. sans offrir de régularite dans les paroxysmes qui apparaissent à plusieurs reprises chaque jour.

La respiration devient de plus en plus fréquente, et, après deux nouvelles hémoptysies, dont la seconde fut très-abondante, F... succomba le 13 novembre, à trois heures du soir.

Autopsie. — Aussitôt le sternum enlevé, les poumons distendus font saillie à travers l'ouverture du thorax; tous deux adhèrent par leurs sommets à la plèvre pariétale; faibles à droite, ces adhérences exigent à gauche une assez forte traction pour être rompues.

A la surface du lobe inférieur droit, des lobes moyens et inférieurs gauches, apparaissent de nombreuses vésicules d'emphysème faisant saillie et résistant sous le doigt. A la coupe, s'écoule une quantité considérable de liquide transparent (œdème pulmonaire) qui contribuait à la distension du parenchyme pulmonaire.

Quant aux lésions de nature tuberculeuse, elles consistent : 1° En une vaste excavation siégeant au sommet droit; cette excavation, dont le diamètre est de près de 4 centimètres, est à moitié remplie de pus. Au sommet gauche, existent trois excavations analogues, mais d'un volume moindre, avec induration et coloration fortement pigmentée du tissu avoisinant; 2° Granulations grises miliaires faisant aussi hernie à chaque coupe du parenchyme pulmonaire et groupées en certains points, notamment le long des bords tranchants, en grandes plaques d'apparence lardacée et tachetées de noir. Toutes ces granulations sont identiques entre elles, d'un demi-millimètre environ de diamètre.

L'examen de tous les autres organes : cœur, tube digestif, reins, séreuses péritonéales et méningiennes, permet de constater l'absence de tubercules partout ailleurs que dans les poumons,

Si nous en jugeons par le mode de début de la maladie, les caractères de la toux, de la dyspnée, de l'expectoration, si nous en jugeons par l'évolufion clinique, nous arrivons à cette conclusion : que, s'étant d'abord manifestée sous la forme d'une tuberculose miliaire du poumon, bientôt, presque, en même temps que se faisaient les poussées tuberculeuses, la dégénérescence caséeuse s'emparait des granulations et donnait lieu à la formation rapide de cavernes. — Je ferai remarquer dans cette observation la concomitance à l'auscultation des phénomènes de la caséification et de l'état fibreux ; j'attirerai aussi l'attentino sur les hémoptysies répétées et sur le caractère de la fièvre,

qui n'avait pas de régularité dans les paroxysmes, qui apparaissaient plusieurs fois dans la journée.

Obs. XXVIII. — *Tuberculose miliaire — Broncho-pneumonie. — Tendance à la généralisation. — Infection.*

Robert, soldat au 3e zouaves, 20 ans, constitution assez vigoureuse, visage arrondi, traits délicats, physionomie douce et intelligente, entre le 2 février 1871 à la salle Barthélemy de l'hôpital St-Eloi, à Montpellier. Depuis son arrivée au régiment, il a une petite toux. Quatre jours avant son entrée à l'hôpital, il a été pris d'une forte diarrhée accompagnée de toux et d'enrouement. A son entrée, on constate une toux avec expectoration muqueuse et spumeuse. Des râles sonores et humides en très-grand nombre dans toute la poitrine. Réaction fébrile, visage coloré. La diarrhée a cessé. Les mêmes signes persistent pendant les six premières semaines. La fièvre paraît s'éteindre au bout de trois semaines environ. Vers le 15 mars, la fièvre recommence; l'expectoration est devenue plus opaque, verdâtre, moins aérée; un amaigrissement assez rapide se prononce; une voussure générale occupe la région thoracique en avant et en arrière. Des sueurs abondantes se reproduisent presque tous les matins. L'appétit diminue. Diarrhée habituelle et peu abondante.

Aux premiers jours d'avril, on trouve, à l'examen de la poitrine : voussure très prononcée du côté gauche, appréciable à la partie antérieure, mais surtout à la région latérale et en arrière. Il y a une légère déviation du rachis à concavité droite au niveau des 7 ou 8 premières vertèbres dorsales, sans courbures compensatrices. La mensuration au niveau de l'appendice xiphoïde, au-dessous des pectoraux et des omoplates, donne 46 centimètres des deux côtés. La voussure est générale du côté gauche ; côtes arquées et relevées. La dépression des gouttières est complétement effacée du côté gauche; le côté droit paraît le moins voussé à l'inspection.

La percussion donne en avant des deux côtés, sous la clavicule gauche surtout, une sonorité tympanique. L'auscultation, au même niveau, donne une respiration couverte par des râles sibilants. Il y a aussi du piaulement et des râles humides.

La percussion en arrière donne une matité complète, occupant le tiers supérieur du côté gauche, le quart du côté droit. Au-dessous, sonorité exagérée, surtout à gauche.

L'auscultation en arrière donne les mêmes bruits qu'en avant. Dans les parties supérieures, on trouve de plus une respiration prolongée et soufflante à la base. Il y a, en outre, des bruits musicaux et des râles sous-crépitants. La toux est fréquente, pénible. L'expectoration est abondante, d'un vert jaunâtre, quelquefois, tachée de sang, assez adhérente aux parois du vase, en partie opaque, en partie aérée. Dyspnée, s'aggravant par moments;

respiration assez laborieuse, mais n'exigeant pas l'action des muscles du cou. Le pouls fréquent, ample, dicrote ; langue naturelle ; appétit médiocre ; diarrhée modérée; amaigrissement et pâleur; chute des cheveux. Hépatisation des parties supérieures des poumons plus étendue à gauche et en arrière, à droite et en avant. Emphysème considérable occupant les parties antérieures et les lobes inférieurs.

Le 15 avril. Douleurs dans le 2e espace intercostal des deux côtés. Douleurs abdominales.

21 avril au soir. — On trouve le malade sans fièvre, baigné de sueur, très-pâle ; depuis le matin, il souffre dans les 5e, 6e et 7e espaces intercostaux à leur partie antérieure et latérale.

La voussure de la poitrine semble avoir augmenté.

La percussion donne une submatité à tout le côté gauche en avant et en arrière, surtout prononcée à la base et au sommet.

A droite, submatité dans la partie supérieure et postérieure, submatité sous-claviculaire, sonorité exagérée au-dessous. L'auscultation donne, en avant et dans les parties supérieures en arrière, absence de la respiration, dont les deux temps sont couverts par des bruits musicaux muqueux et sibilants. A la base des deux côtés, râles crépitants et sous-crépitants ; on perçoit la respiration.

La diarrhée a cessé ; pas de selle aujourd'hui. Le ventre n'est pas douloureux.

Le foie ne déborde pas les fausses côtes, et la région hépatique ne paraît pas douloureuse à la percussion. La rate n'est pas davantage augmentée de volume.

Le pouls est dicrote, petit et fréquent. Point de céphalée. Sommeil, mais rêves agités toute la nuit.

2 mai. La malade a saigné du nez pendant la nuit, accident qui s'était déjà produit les nuits précédentes.

3 mai. Les sueurs se sont reproduites. Il existe une douleur à la région épigastrique calmée par l'application d'un vésicatoire. Insomnie, accès de dyspnée la nuit ; les jours suivants jusqu'au 8 mai, la dyspnée devient très-pénible chaque nuit ; elle s'accompagne de toux. L'insomnie persiste.

Le 11 mai. Vomissements, lenteur du pouls, pupilles contractées, tête lourde, somnolence, douleur épigastrique très-aiguë.

17. Œdème douloureux des extrémités inférieures On constate les signes d'un épanchement péritonéal peu abondant. La somnolence et la lourdeur de tête persistent. La toux est toujours fréquente. L'expectoration est fluide et claire avec quelques crachats jaunâtres, aérés.

Le 20 mai Crachats sanguinolents.

Le 21. Hémoptysie. Les signes stéthoscopiques ne se sont pas modifiés.

Le 22. Crachats pneumoniques très-sanglants. Douleurs péritonéales très-vives.

La parole est très-difficile, il y a du bégaiement.

Le 23. Même expectoration. Dans la soirée, vers 3 heures, attaque épileptiforme, qui dure de 2 à 3 minutes. Convulsions, écume à la bouche vers 4 heures, le malade ne répondait point encore aux questions, qu'il semblait ne pas entendre.

La mort eut lieu le 25 au matin.

TEMPÉRATURE

	Matin.	Soir.		Matin.	Soir
12 avril	37.3	38.9	4 mai	37	37
13 —	38.4	38.5	5 —	37.5	37.2
14 —	38.9	39.4	6 —	37.2	37.4
15 —	38.5	39.5	7 —	37.1	37.8
16 —	39.9	38.4	8 —	38.3	»
17 —	39.6	39.4	9 —	»	»
18 —	39.5	39 2.	10 —	»	»
19 —	38.4	38.9	11 —	»	»
20 —	38.5	37.9	12 —	37.2	37.6
21 —	39.5	36.8	13 —	37.7	38.4
22 —	38.8	38.6	14 —	37.5	38.9
23 —	38.6	38.6	15 —	»	»
24 —	36.4	38.2	16 —	»	»
25 —	38	36.7	17 —	37.6	37.8
26 —	38.6	37.4	18 —	37.8	38.2
27 —	37	37.2	19 —	37.2	38.4
28 —	37.2	38	20 —	38.4	38
29 —	36.4	37.4	21 —	38.8	38.2
30 —	37.6	37.4	22 —	38 5	38.2
1er mai	37.4	37.2	23 —	37.6	»
2 —	36.6	37.3	24 —	»	»
3 —	36.7	37.7	25 —	»	mort.

Nota. Partout où il y a le signe » la température n'a pas été prise, à cause de la trop grande débilité du malade.

Autopsie. — *Poumons.* — Les poumons sont libres d'adhérences ; un demi-litre de sérosité sanglante est épanché dans chaque cavité pleurale. La plèvre viscérale est hérissée de petites brides cellulo-fibreuses rougeâtres, et de granulations miliaires incolores, éparses ; elle est soulevée par de nombreuses granulations sous-pleurales. Les poumons sont très-volumineux. Les lobes supérieurs ont une carnification faible ; les lobes inférieurs sont uniformément et faiblement emphysémateux. On sent, dans la profondeur, une foule de granulations miliaires ou pisiformes. Une masse caséeuse compacte, du volume d'une pomme, occupe la face interne du lobe supérieur. Des noyaux hémoptoïques de volume variable font saillie à la surface; ils occupent de préférence les bords libres des lobes supérieur et inférieur; quelques-uns siégent dans l'intérieur du parenchyme. Les altérations étant symétriques, la description se rapporte aux deux poumons. Différentes coupes montrent les lésions suivantes :

A la surface des coupes, on reconnait : 1° un grand nombre de granulations du volume d'une tête d'épingle à celui d'un grain de chènevis, saillantes, roulant sous le doigt, assez fermes, mais friables, blanchâtres ou uniformément teintées d'une couleur lie de vin, un peu plus abondantes dans les parties supérieures qu'à la base. Ces granulations se laissent facilement dilacérer par les aiguilles. Elles sont composées à la périphérie par un tissu fibroïde ramolli par suite d'une désagrégation granulo-graisseuse et d'éléments cellulaires très-nombreux et très-petits, rarement arrondis, et grisâtres, plus fréquemment granuleux, anguleux, quelquefois réfringents; il y a des cellules-mères arrondies et de petit volume renfermant trois ou quatre petits noyaux, et des amas de cellules pavimenteuses, de dimension moyenne, granulo-graisseuses et pigmentées, de granulations libres en grande quantité et de gouttelettes graisseuses. Dans les parties centrales, alvéoles agrandis, remplis d'un magma grisâtre et réfringent demi-solide, parsemé de gouttelettes graisseuses, résultant de la fusion d'éléments cellulaires, de petit volume, dont les contours sont vaguement apparents.

2° Le parenchyme au voisinage des granulations est spongieux, faiblement carnifié par places, ailleurs emphysémateux ; d'une coloration uniforme lie de vin, imbibé d'une sérosité roussâtre, se laissant assez facilement déchirer, sans sclérose appréciable à l'œil nu.

Au microscope, augmentation du tissu fibro-élastique, et friabilité de ce tissu due à une désagrégation granulo-graisseuse et à l'imbibition. La trame fibro-élastique est parsemée de noyaux arrondis ou fusiformes, mesurant de trois à quatre millièmes de millimètres ; analogues à ceux qui sont agglomérés dans les granulations. Le fond des alvéoles contient des granulations et des gouttelettes graisseuses libres et des cellules catarrhales assez volumineuses, les unes pigmentées, les autres infiltrées de gouttelettes graisseuses.

3° A la partie interne du lobe supérieur droit, on rencontre une masse caséeuse ferme, jaune, graisseuse, non ramollie, du volume d'une pomme, faisant saillie à la surface et confinant à une grosse masse caséeuse ganglionnaire, ramollie, qui occupe le médiastin antérieur du côté droit. Cette masse caséeuse se compose de plusieurs lobules distincts, dont quelques-uns ont des contours nets et arrondis, et pouvaient faire croire à une tumeur ganglionnaire, si le siége ne s'y opposait, et si, d'autre part, la tumeur ne se dégradait insensiblement à la partie supérieure en une hépatisation jaunâtre et puis rouge qui a tous les caractères de la pneumonie.

4° Une vingtaine de nodosités, du volume d'une olive à celui d'une pomme, font une saillie rouge sombre à la surface; la plupart distribuées le long du bord libre antérieur des lobes supérieurs et le long du bord libre de la base ; quelques-unes sont situées au milieu de la face postérieure des lobes inférieurs ou supérieurs. Les unes ont la forme d'un coin élargi au niveau du bord libre ; elles sont nettement limitées, localisées, fermes, montrant

la coupe une surface lisse ou faiblement grenue, rouge sombre, humide, sans qu'on puisse reconnaître un épaississement de la paroi ou une obstruction thrombosique de l'artère principale. D'autres, et ce sont les plus volumineuses, sont diffuses, se dégradant insensiblement à la périphérie, et sont parfois fluctuantes à leur partie centrale; à la coupe, on trouve au centre le parenchyme infiltré de sang et réduit en bouillie; à la périphérée le parenchyme est plus ou moins friable, lisse ou faiblement grenu, imbibé de sang.

Bronches. — Elles sont uniformément dilatées, sans épaississement de la paroi, contiennent peu de mucosités. La muqueuse est uniformément teintée en rouge livide.

Ganglions.— Nous avons déjà signalé une grosse masse ganglionnaire marronée, enveloppée d'une coque scléreuse, caséeuse, creusée d'excavations pleine d'une sérosité grumeleuse, siégeant dans le médiastin antérieur du côté droit. Les autres ganglions sont tuméfiés, rouges et pigmentés, ramollis.

Cœur.— Plusieurs onces de sérosité sanglante dans la cavité du péricarde dont les feuillets sont sains. Le cœur est doublé de volume; rouge lie de vin (imbibition); les parois ventriculaires sont faiblement hypertrophiées, les cavités considérablement dilatées et remplies de caillots noirs et mous. Le sang n'est pas poisseux. L'endocarde imbibé de sang, n'est pas altéré. Peut-être les valvules mitrales étaient-elles insuffisantes par suite de la dilatation de l'orifice. La fibre musculaire est décolorée et se déchire facilement. La paroi surtout au niveau du ventricule droit, a une certaine roideur qui rappelle le carton mouillé (probablement œdème interstitiel).

Cavité abdominale. — Environ un litre de sérosité sanglante, épanché dans la cavité du péritoine intestinale n'est pas altéré. Le grand epiploon, examiné à contre-jour est louche et semble parsemé de granulations. Au microscope, on reconnaît que ces granulations sont constituées par des pelotons de tissu cellulo-adipeux, en voie de multiplication cellulaire et de désagrégation granulo-graisseuse. Tissu fibroïde parsemé de noyaux ronds ou fusiformes, mesurant deux à quatre 1/1000 mm., granulations et gouttelettes graisseuses, quelques cellules adipeuses. Le même tissu est disposé en trames le long des vaisseaux. Dans les espaces circonscrits par des travées fibreuses de la membrane, on rencontre fréquemment des amas de grandes cellules ovoïdes pavimenteuses en voie de désagrégation granulo-graisseuse. L'examen du vaisseau montre que tout le système vasculaire est rempli d'une matière grisâtre finement grenue, parsemée de gouttelettes graisseuses (embolie granulo-graisseuse); les noyaux des capillaires sont eux-mêmes granulo-graisseux, ainsi que la plupart des éléments plasmatiques fusiformes de la tunique adventice des vaisseaux moyens. L'altération de la paroi vasculaire et les embolies granulo-graisseuses ont paru rendre compte des exsudations hémorrhagiques de la cavité abdominale.

Le feuillet péritonéal qui tapisse la face inférieure du diaphragme est parsemé de plaques lenticulaires saillantes, rosées ou gris-jaunâtres. Le tissu de ces plaques est assez ferme, résiste à la coupe et à la dilacération ; il paraît composé par l'agglomération de granulations miliaires. Des granulations sont constituées par un tissu fibroïde, infiltré d'éléments cellulaires fusiformes, anguleux ou arrondis. de tout petit volume, deux à cinq 1/1000 mm., granulo-graisseux ou renfermant les différentes parties de ce tissu ont subi une transformation granulo-graisseuse très-avancée ; au centre des granulations, tous les éléments sont fusionnés en une masse réfringente, granulo-graisseuse grisâtre, assez compacte, où apparaissent vaguement les contours cellulaires et les fibrilles de la substance fondamentale (structure analogue à celle des granulations pulmonaires).

Rate.—Triplée de volume, de consistance hépatique, mamelonnée à la surface par la saillie de nodules jaunâtres, confluents. A la coupe, nombreux nodules miliaires ou pisiformes, jaunes, friables, souvent ramollis. Le tissu splénique, rouge sombre, atteint par places une consistance d'hépatisation et prend un coloris jaunâtre, autour d'un groupe de nodules plus confluents.

Foie. — Volume normal, coloration rouge sombre, friabilité; imbibition sanguine du parenchyme, qui, après lavage, paraît faiblement muscade et graisseux. La capsule présente de nombreuses granulations blanchâtres, fermes, arrondies et saillantes, du volume d'une tête d'épingle. A la surface des coupes, nombreux tubercules pisiformes, jaunâtres, gris, assez friables à la coupe, au centre de laquelle on reconnaît toujours l'orifice teinté de vert d'un conduit biliaire.

Reins. — Un peu augmenté de volume, congestionnés et imbibés de sang, de coloration lie de vin, ramollis et friables, parsemés de petites masses caséeuses molles non saillantes.

L'intestin n'a pas été examiné. Quelques ganglions mésentériques ont le volume d'un pois et sont caséeux. Quelques ganglions de la région cœliaque sont gros comme des amandes et caséeux.

Encéphale. — Les mailles de la pie-mère sont infiltrées d'une sérosité sanguinolente. La pie-mère est louche et ne montre point à l'œil nu de granulations, sauf au niveau de la scissure de Sylvius du côté droit où l'on remarque un amas de granulations miliaires, fermes et jaunâtres, formant une tumeur aplatie large comme une pièce de cinquante centimes. L'examen microscopique montre que la gaîne lymphatique des vaisseaux est partout gorgée de petits éléments arrondis semblables aux globulins, mais fortement granulo-graisseux ; ces noyaux se rencontrent libres en grand nombre dans le liquide de la préparation. Les noyaux des capillaires sont granulo-graisseux. Un grand nombre de petits vaisseaux renferment un contenu finement granuleux semblable à celui qui a été signalé dans les vaisseaux de l'épiploon.

Le cerveau a une consistance normale et une coloration rosée très-prononcée et uniforme (imbibition sanguine) ; piqueté sanglant à la coupe plus

accusé qu'à l'état normal. La coloration rosée est surtout appréciable dans la substance grise, soit corticale, soit des ganglions, soit du mésocéphale La substance blanche est elle-même colorée, mais à un moindre degré.

Les ventricules renferment une certaine quantité de sérosité sanglante; les plexus et la toile choroïdiens ont l'aspect normal.

En résumé, tuberculose miliaire généralisée, caractérisée par une néoplasie de petits éléments cellulaires dans une trame fibrillaire ténue; désagrégation et fusion granulo-graisseuse des éléments de nouvelle formation. Altération probablement ultime des parenchymes et des capillaires de toute l'économie, en rapport avec une adultération du sang par le mélange d'éléments granulo-graisseux, dont la source est dans les masses caséeuses pulmonaires et ganglionnaires ramollies et ayant occasionné les hémorrhagies et les troubles cérébraux des derniers jours.

Cette observation me semble tracer un tableau à peu près complet de la tuberculose miliaire tendant à la tuberculose lobaire ulcéreuse.

Cette maladie, qui a duré quatre mois environ, a débuté par un état fébrile avec déterminations locales du côté du poumon : toux sèche, expectoration muqueuse et spumeuse, râles sonores et humides répandus en grand nombre dans toute la poitrine; puis de la diarrhée et des sueurs abondantes se sont produites. L'auscultation révèle une hépatisation du lobe supérieur du poumon avec emphysème considérab dans les parties antérieures et les lobes inférieurs du poumon.

Il existe une tendance à la généralisation de la tuberculose vers les autres organes, abdomen d'abord, encéphale ensuite ; il se fait des hémorrhagies multiples, épistaxis, hémoptysies; pendant tout le cours de la maladie il se produit des accès de fièvre qui se terminent par des sueurs ; il y a de la diarrhée, et la courbe thermique, fort irrégulière comme on le voit, tombe parfois au-dessous de la normale. De sorte que chez ce malade, nous constatons une tuberculisation miliaire qui tend à se généraliser et des troubles qui indiquent une véritable infection du sang. Or, ne peut-on pas rapporter ces phénomènes d'infection à l'adultération du sang par le mélange d'éléments granulo-graisseux dont la source serait dans les masses caséeuses pulmonaires et ganglionnaires ramollies; il nous semble que les troubles observés pendant la vie et rapprochés des résultats de l'autopsie autorisent complétement cette manière de voir.

Il manque dans cette observation les signes stéthoscopiques révélateurs de la dégénérescence caséeuse, ce qui tient au siége même des nodules dégénérés, ainsi que le prouve l'autopsie ; mais cette absence sera comblée si nous rapprochons l'une de l'autre les deux observations que nous avons citées, et nous pourrons ainsi, ce nous semble, établir le tableau complet de la tuberculose miliaire à tendance ulcéreuse.

Début de la maladie se rapportant à la tuberculose miliaire aiguë, puis signes physiques appartenant à l'une et à l'autre, et enfin troubles généraux consécutifs révélant une infection du sang, accès de fièvre se terminant par des sueurs, de la diarrhée, des hémorrhagies multiples, etc.

La durée de cette maladie est variable. Dans la première observation, elle a été de deux mois environ ; dans la seconde, elle a été de quatre mois au moins ; c'est ce dernier terme qui me paraît le plus souvent se présenter, car, dans le premier cas, la terminaison fatale a été hâtée par des hémoptysies répétées.

La marche de cette forme morbide est implacable. Le pronostic est fatal.

QUATRIÈME PARTIE

Tuberculose miliaire secondaire du poumon

CHAPITRE VII

I. — Tuberculose miliaire du poumon secondaire à une phthisie commune.

J'ai insisté dans le chapitre précédent sur ce fait qu'une phthisie montrant à l'autopsie des masses caséeuses et même des cavernes dans les sommets du poumon, peut avoir présenté dès son origine et pendant son évolution les caractères essentiels d'une tuberculose miliaire. Il est d'autres faits dans lesquels la distribution anatomique des lésions et la marche clinique de la maladie indiquent, au contraire, qu'une phthisie ordinaire, nodulaire, a ouvert la scène, et que la tuberculose miliaire ne s'est développée que pendant le cours de cette dernière. — Il est évident que nous faisons ici complétement abstraction de la théorie de Bühl ; nous ne voulons attirer l'attention que sur l'importance au point de vue diagnostique de la coexistence d'une phthisie ancienne avec les manifestations de la tuberculose miliaire.

Les formes cliniques que revêt la tuberculose miliaire dans ces conditions-là sont absolument identiques à celles que nous avons passées en revue jusqu'à présent ; aussi aurions-nous pu, pour chacune de ces formes, dire qu'elle pouvait être primitive ou secondaire ; mais

nous avons pensé qu'un travail essentiellement clinique devait attirer, ne fût-ce que dans quelques lignes, l'attention sur l'importance qu'il y a pour le médecin au point de vue diagnostique de la constatation de l'existence antérieure d'une tuberculose chronique.

Les difficultés si considérables que nous avons rencontrées parfois dans le diagnostic précis de la nature de la maladie, alors qu'elle est primitive, se trouveront considérablement aplanies par l'existence aux sommets du poumon d'une lésion tuberculeuse, suivant son évolution ordinaire, et par celle des symptômes, soit locaux, soit généraux, qui caractérisent la phthisie commune.

Je n'insiste pas davantage sur ces faits, je voulais simplement les mettre en relief.

Je dirai seulement que si, dans ces cas, il n'est pas rare de voir la tuberculose miliaire se généraliser et porter son action sur les différents organes, ce sont le plus souvent cependant ces manifestations localisées que nous avons étudiées, qu'on retrouve, et on peut voir alors des phénomènes semblables à ceux que signale Empis chez un de ses malades :

« La dyspnée devint de plus en plus intense, et le malade tomba dans un état singulier ; il n'éprouvait, à proprement parler, aucune douleur ; mais il lui semblait que l'air ne pouvait pas pénétrer jusqu'au fond de sa poitrine ; en vain, par sa volonté, précipitait-il la rapidité instinctive des mouvements respiratoires, et cherchait-il, par de fréquents soupirs, à surmonter l'obstacle qui l'oppressait, l'asphyxie devenait imminente ; les téguments prenaient une teinte cyanosée, les extrémités perdaient leur chaleur, la sensibilité devenait obtuse ; enfin le malade expira sans présenter d'autres symptômes que ceux d'une asphyxie progressive (1). »

(1) Empis, loc. cit. p. 221.

II. — Tuberculose miliaire du poumon secondaire à des maladies infectieuses et partieulièrement à la fièvre typhoïde et à la rougeole.

Depuis longtemps on a signalé la fréquence de la *granulie consécutive à la rougeole*, *à la coqueluche*, *à la fièvre typhoïde*, etc. Il est facile de comprendre que ces diverses maladies infectieuses, dont les déterminations catarrhales sont si fréquentes et si tenaces, puissent contribuer au développement ou à l'aggravation d'une tuberculose légitime chez des sujets prédisposés ou antérieurement atteints.

Citer des observations à l'appui de ce que j'avance me paraît complétement inutile, tous les auteurs sont d'accord sur ce point. Et, comme les formes cliniques que revêtent les granuloses consécutives aux maladies dont je viens de parler sont parfaitement identiques à celles que nous avons étudiées dans le cours de ce travail, je n'en aurais pas parlé ici, n'ayant à m'occuper que des formes cliniques de la tuberculose miliaire du poumon et non des causes qui la produisent, à moins, bien entendu, que ces dernières ne puissent donner lieu à des formes particulières, ce qui n'est pas le cas ici.

Mais, grâce à la libéralité de M. Kiener, j'ai pu comparer entre elles bon nombre d'observations de granulies secondaires à la fièvre typhoïde et à la rougeole, j'ai pu suivre les divers degrés de ce qui m'a paru être un même processus produisant des lésions de plus en plus complexes, et il me semble résulter de cette comparaison, que si, dans la grande majorité des cas, on avait affaire à des tuberculoses miliaires types, des doutes pouvaient s'élever, dans d'autres cas, sur la nature de ces tuberculoses et qu'on pouvait se demander si l'on n'était pas alors en présence de *fausses tuberculoses.*

J'émets naturellement cette opinion avec tous les doutes, toutes les restrictions qu'elle peut comporter, mais il m'a semblé qu'à l'époque actuelle, où l'étude de la tuberculose d'une façon générale et de la tuberculose miliaire en particulier, est en voie complète d'élaboration, tous les documents pourraient avoir leur utilité. Je me contenterai,

d'ailleurs, d'exposer tout simplement les observations, et de faire ressortir les analogies et les différences qui existent entre elles et les observations de tuberculose miliaire indiscutable : le lecteur jugera ensuite.

Je m'occuperai seulement de la fièvre typhoïde et de la rougeole ne possédant que des observations concernant ces deux maladies.

Ces observations forment une double série de faits où, comme je le disais tout à l'heure, les lésions, de plus en plus complexes, marquent les divers degrés d'un même processus.

Un homme succombe au vingtième jour d'une fièvre typhoïde par les progrès d'un catarrhe suffocant, les poumons emphysémateux sont criblés de petites granulations opalines ou jaunâtres, molles, distribuées surtout dans les parties déclives, siége ordinaire des phlegmasies dothiénentériques (observation XXIX).

Un autre succombe à la fin du 2e mois d'une fièvre typhoïde, et présente dans les parties du poumon hypostatiquement congestionnées, ces petites ampoules molles, pleines de pus, qu'on désigne sous le nom de grains jaunes, et qui ont été particulièrement décrites par Rilliet et Barthez : ce sont de petits abcès péribronchiques ayant détruit par suppuration un certain nombre d'alvéoles et ulcéré la bronche (Observation XXX). Un autre succombe à la fin du 3e mois et présente, outre les abcès miliaires, des granulations opalines et des nodules jaunes, caséeux (Obs. XXXI). Un dernier, enfin, atteint le 5e mois et présente une pneumonie nodulaire caséeuse dont quelques foyers ramollis ont laissé des cavernes (Obs. XXXII).

Je me contenterai de citer les observations concernant la fièvre typhoïde, car, pour la rougeole, il existe une même série de faits. Les observations que je possède prouvent que, dans les cas récents, il existe une pneumonie catarrhale à foyers miliaires jaunâtres. Si la vie s'est prolongée, le poumon est criblé des abcès miliaires appelés grains jaunes. Dans les formes plus chroniques, enfin, les parties déclives renferment des nodosités caséeuses, composées à la fois d'éléments épithéliaux et d'éléments lymphoïdes fournis par la trame conjonctive.

Voici l'examen histologique fait par M. Kiener de ces granulations: On peut voir dans l'intérieur d'un lobule pulmonaire trois granulations dont deux paraissent correspondre aux territoires de distribution de deux rameaux bronchiques. Dans un autre lobule renfermant la section perpendiculaire d'une bronche et des vaisseaux acolytes, le tissu conjonctif qui environne ces conduits est en active prolifération embryonnaire; les alvéoles du voisinage sont remplis d'éléments épithéliaux granulo-graisseux; et le tout forme une grosse granulation miliaire. Autour de ces granulations existe une pneumonie catarrhale diffuse.

En étudiant ces granulations dans leurs détails de structure, on voit que la bronche centrale est remplie de pus concret et que les vaisseaux sanguins sont oblitérés par des thrombus.

La gaîne conjonctive qui entoure ces conduits est formée d'une trame fibroïde, chargée d'éléments lymphoïdes; par places, ces éléments, serrés les uns contre les autres, affectent l'évolution tuberculeuse, c'est-à-dire qu'ils forment un petit nodule microscopique dont le centre est opaque, granulo-graisseux; à la périphérie, les éléments sont plus espacés; on ne trouve pas parmi eux les cellules géantes qu'on retrouve dans le tubercule. On peut trouver sur la même section quatre ou cinq petits nodules pareils distribués au voisinage de la bronche. Quand le processus est avancé, les nodules ne sont plus distincts, et la gaîne péribronchique est tout entière surchargée d'éléments embryonnaires en régression.

Ce qui reste de la granulation est composé d'alvéoles plus ou moins bien conservés. Vers le centre de la granulation, on ne distingue plus que vaguement le contour des alvéoles, indiqué par quelques fibres élastiques; ils sont remplis d'une matière granulo-graisseuse, au sein de laquelle le carmin fait encore apparaître quelques noyaux. Cette matière granuleuse résulte de la transformation caséeuse de produits épithéliaux, comme on peut s'en convaincre en examinant les alvéoles situés à la périphérie de la granulation. Ceux-ci sont bien conservés; on distingue leur charpente fibro-élastique, épaissie et chargée d'éléments plasmatiques, ronds, ovoïdes, fusiformes, et leur cavité remplie

de cellules épithéliales de toutes dimensions, cellules à deux et trois noyaux, cellules jaunes, toutes formes indiquant une prolifération active ; ordinairement, ces éléments épithéliaux sont conglomérés par un exsudat plus ou moins teinté par la matière colorante du sang.

Le parenchyme pulmonaire, dans l'intervalle des granulations, est atteint de pneumonie catarrhale diffuse ; les exsudats alvéolaires sont teintés par la matière colorante du sang, et fréquemment renferment des globules rouges ; les cellules épithéliales sont hypertrophiées et pigmentées. Ces granulations peuvent envahir d'autres organes que le poumon, mais je laisse la parole à M. Kiener.

« L'aspect de ces lésions nodulaires peut rappeler, à un examen superficiel, l'aspect des lésions tuberculeuses. Il existe cependant des différences notables : la distribution des lésions dans les parties déclives du poumon, la tendance à la suppuration, la consistance plus molle, la configuration moins nettement limitée, et la structure plus simple que dans le tubercule proprement dit. J'ai trouvé ces nodules constitués, comme le tubercule mou, par des éléments épithéliaux en prolifération, par des exsudats inflammatoires et par une prolifération lymphoïde du stroma conjonctif ; le centre du nodule est infiltré de graisse, comme dans le tubercule. Cependant, l'organisation est moins complète ; le tissu embryonnaire n'a pas l'importance qu'il présente dans le tubercule, et ne renferme jamais ces cellules géantes, sur la valeur desquelles on insiste aujourd'hui, et qui sont, en effet, un bon caractère du *tubercule à structure embryonnaire et à évolution rapide*.

« Une circonstance bien remarquable, c'est que ces granulies morbilleuses et typhiques, si profondément différentes de la tuberculose miliaire, peuvent, comme celle-ci, envahir d'autres organes que le poumon, notamment la plèvre, le péritoine et le foie ; je n'ai pas rencontré d'autres organes atteints. Dans ce nouveau siége encore, les lésions diffèrent de celle de la tuberculose, et se rapprochent davantage des lésions inflammatoires ordinaires.

« Dans le foie, ce sont des amas d'éléments lymphoïdes développés au sein des acini, mais ne présentant ni la zone centrale caséeuse, ni

la zone embryonnaire à cellules géantes de la granulation tuberculeuse. Dans les séreuses, les nodules, jaunes, plats, à peine saillants, sont, ou bien de petites collections purulentes, ou bien des amas de cellules embryonnaires infiltrées de graisse, mais, n'ayant pas la structure du tubercule. Tels sont les faits qui me paraissent établir que certaines maladies infectieuses ou virulentes peuvent, au même titre que la tuberculose, développer dans le poumon, dans le foie, dans la plèvre et le péritoine, des phlegmasies miliaires, rappelant, par leur marche, par la disposition et l'aspect grossier des lésions, le tableau de la tuberculose miliaire. » (*Lettre du* 25 *mars* 1878.)

Obs. XXIX. — Dalibar, caporal au 5e chasseurs, entré à l'hôpital Saint-Eloi de Montpellier (service de M. Kiener, le 1er février 1871.)

Cet homme, qui se dit malade depuis quatre jours seulement, présente les signes d'une pneumonie qui paraît simple tout d'abord et qu'on traite par l'oxyde blanc d'antimoïne et une saignée, mais la fièvre ne tombe pas et tous les phénomènes ordinaires de la fièvre typhoïde à forme ataxo-adynamipue se révèlent. Le 8 au matin, le malade présentait les signes suivants : La cyanose de la face est très-accentuée ; il existe une véritable ataxie de la langue ; le malade est agité de mouvements choréiformes ; les yeux sont convulsés en haut et en dedans ; la respiration est d'une fréquence extrême et on entend de gros râles. Le malade succombe dans l'après-midi.

Autopsie. — Fièvre typhoïde au douzième jour environ. Accidents ataxo-adynamiques Catarrhe suffocant. Pneunomie miliaire hémorrhagique et emphysème généralisé. Tuméfaction rosée du foie, ramollissement et tuméfaction de la rate. Myosite, dothiénentérie, hémorrhagie intestinale. Cerveau ramolli. Mésocéphale d'apparence saine.

Tube digestif. — L'intestin grêle renferme des matières noires ayant l'aspect du mélœna ; la muqueuse, surtout au niveau du premier et du dernier tiers, est vivement injectée et imbibée de sang ; les vaisseaux y sont turgides. Au voisinage de la valvule, quatre ou cinq plaques larges, épaisses, fermes, inégales à la surface et exulcérées, d'une coloration rosée. Les ganglions mésentériques varient du volume d'une aveline à celui d'une olive ; ils sont très-hypérémiés et ramollis ; le mésentère présente un épaississement notable. Le gros intestin n'a pas été examiné.

Rate. — Triplée de volume (25 cent. de longueur, 12 de largeur et 6 d'épaisseur) et très-ramollie ; la capsule manifestement distendue est sillonnée de vergetures dont la direction est perpendiculaire à l'axe de la glande.

Foie. — Très-volumineux, rigide, à bords épaissis et mousses, présente

une coloration rosée, marbrée de jaune. A la coupe, on trouve une surface humide, assez lisse, ferme, de coloration rosée, au milieu de laquelle on distingue les contours des acini augmentés de volume, quelques-uns même saillants et jaunâtres.

Reins. — Petits, congestionnés, sans altération appréciable.

Muscle droit de l'abdomen. — Au niveau du tiers inférieur, hémorrhagie à la surface et dans l'épaisseur même du muscle. Plusieurs faisceaux sont décolorés, d'autres sont tachés de sang, d'autres enfin sont creusés de véritables cavités renfermant du sang.

Les autres muscles n'ont pas été examinés.

Poumons. — Très-volumineux en raison d'un emphysème généralisé, prononcé surtout dans les parties antérieures et au niveau des bords tranchants du lobe inférieur. La palpation donne la double sensation de l'emphysème et de l'engorgement liquide; au niveau des parties déclives, on rencontre la consistance de carnification forte, répartie en gros noyaux. Fausses membranes celluleuses, adhérentes à la paroi costale, abondantes surtout au niveau des parties latérales du poumon droit; quelques-unes au niveau des bords mousses des deux poumons. Petites taches hémorrhagiques sous la plèvre et dans l'épaisseur des fausses membranes à la face postérieure. Taches hémorrhagiques plus considérables dans l'adventice de l'aorte thoracique.

Une section faite dans toute la hauteur du poumon gauche montre en aavnt un emphysème généralisé et très-prononcé, accompagné d'hypérémie et d'engorgement liquide; la pression fait sourdre une écume abondante. En arrière, l'emphysème est moins prononcé; il s'accompagne d'une carnification faible et diffuse; de nombreux foyers de pneumonie hémorrhagique miliaire, isolés ou agminés en petit nombre et se détachant nettement sur la coupe. Quelques-uns de ces foyers sont jaunâtres vers leur partie centrale; les uns ont un aspect lisse; les autres, plus compactes, sont faiblement grenus. En plusieurs endroits, le foyer miliaire occupe le centre d'un lobule dont la périphérie est plus ou moins emphysémateuse. La congestion sanguine est plus intense qu'en avant; la pression détermine une crépitation plus sèche, fait sourdre un mélange de sang et d'écume fine en quantité considérable.

Dans le poumon droit, les lésions phlegmasiques sont plus prononcées; les foyers miliaires hémorrhagiques sont plus volumineux, plus nombreux, quelquefois organisés en grand nombre et réunis entre eux par un parenchyme carnifié, de manière à constituer des ilots de pneumonie lobulaire, dont le volume varie de celui d'une noisette à celui d'une noix. Considéré isolément, le foyer miliaire atteint en plusieurs points le volume d'une lentille ou d'un pois, et, dans ce cas, il se compose d'une partie centrale jaune, grenue, et d'une partie périphérique, dans laquelle la teinte diminue graduellement d'intensité à mesure qu'on se rapproche du centre. — La

pneumonie interstitielle est plus accentuée que dans le poumon gauche, et spécialement caractérisée par l'épaississement des cloisons interlobulaires.

Les bronches sont fortement injectées, présentent une coloration rouge sombre et un aspect chagriné qui paraît dû à l'hypertrophie des glandes muqueuses. On ne trouve point de pus dans les petits conduits. Les parois ne sont pas épaissies et le calibre n'est pas augmenté.

Les ganglions du médiastin sont tantôt hypérémiés et mous, tantôt pigmentés et présentent une consistance faiblement lardacée.

Cœur. Forme de gibecière; augmentation du diamètre transversal; dilatation des cavités sans hypertrophie des parois; flaccidité et friabilité des parois avec décoloration de la fibre musculaire.

Encéphale. — Arachnoïde épaissie et opaline. — Ramollissement ou plutôt flaccidité très-prononcée de la substance cérébrale; point d'hyperémie ni d'épanchement intra-ventriculaire. Le bulbe et la protubérance ont un aspect absolument normal, et la fermeté de leur tissu contraste avec la flaccidité et la mollesse du tissu cérébral.

Obs. XXX. — Decorde, âgé de 22 ans, entra à l'hôpital St-Eloi de Montpellier, le 2 novembre 1867, pour une fièvre typhoïde, dont les symptômes nerveux furent très-prononcés et qui le laissa dans un état d'adynamie dont il ne put se relever; il présentait un amaigrissement extrême; une infiltration des extrémités, des escharres au sacrum; décubitus dorsal et prostration accompagnée de délire tranquille. Le malade succombe le 25 décembre.

Autopsie. — Cadavre très-émacié, escharres au sacrum et au niveau des grands trochanters, œdème autour des coudes, au niveau de la face dorsale des pieds et des mains.

Le cerveau est assez pâle, d'une consistance tout à fait anormale, voisine de la diffluence, très-humide à la coupe, assurément œdémateux.

Le péricarde renferme une quantité considérable de sérosité citrine; la plèvre, une petite quantité de sérosité sanguinolente; et la cavité abdominale, environ deux ou trois cents grammes de sérosité dans laquelle flottent des exsudations jaunâtres, diffluentes, semblables à des mucosités; ces exsudats sont surtout abondants au niveau de la rate et dans toute l'étendue du petit bassin. Le péritoine est pâle; les anses intestinales modérément distendues par des gaz; la vessie est remplie d'urine.

Les intestins renferment des matières fécales jaunes et molles.

La dernière portion de l'iléon, sur une longueur de 0m,50, présente des ulcérations avec perte de substance, rondes et à bords nets, taillées au milieu de plaques de Peyer faiblement saillantes. Ces ulcérations sont en voie de réparation; il n'y a pas autour de traces de phlegmasie.

La rate est de dimensions et de consistance normales.

Les reins et les capsules surrénales sont volumineux et fermes; la substance corticale est polie.

Le foie est très-volumineux, très-brun avec quelques épaississements opalins de la capsule.

Les poumons présentent des lésions intéressantes.

Poumon gauche.— La portion antérieure du lobe supérieur est très-pâle; la surface et les bords libres présentent de nombreux points emphysémateux ; la portion postérieure de ce même lobe offre les caractères de l'hypostase modérée ; elle est gorgée de liquide, violacée à la surface, rouge vif à la coupe ; la pression fait sourdre une écume fine très-abondante et quelques gouttelettes de pus qui s'échappent par l'orifice de quelques bronchioles.

Il est facile de constater l'existence de deux tumeurs jaunâtres, grosses comme des pois, faisant saillie sous la plèvre, siégeant, l'une au niveau de l'hypostase, l'autre plus en avant ; ces deux tumeurs renferment du pus liquide et enkysté. Au niveau du lobe inférieur, l'engorgement hypostatique est plus prononcé ; la coloration est noirâtre ; le tissu n'est pas affaissé ; la crépitation est obscure et donne la sensation d'engorgement liquide, excepté sur les bords libres, qui sont flasques, en état d'atélectasie ; à la coupe, on trouve le tissu splénisé, teinté de sang noir, laissant sourdre à une pression forte de l'écume rosée et quelques gouttelettes de pus, surtout vers les bords libres.

Poumon droit. — Mêmes lésions plus prononcées. Emphysème par îlots à la face antérieure des deux lobes supérieur et moyen ; on trouve en outre un abcès enkysté superficiel de la grosseur d'un grain de chènevis. Les bords libres présentent par places les lésions de l'emphysème et de l'atélectasie. Au milieu du bord libre du lobe moyen, existe un noyau d'hépatisation lobulaire, au centre duquel se trouvent quatre ou cinq petits abcès vésiculaires enkystés. La moitié postérieure des deux mêmes lobes offre vers le sommet de l'engouement hypostatique avec écume abondante ; plus bas, vers la racine des bronches, de l'hépatisation ; la coupe de cette portion hépatisée est semée de petits points jaunâtres qui dénotent l'existence d'une pneumonie vésiculaire en suppuration. Le lobe inférieur du poumon droit offre les mêmes lésions que celles du côté opposé.

Le cœur est volumineux avec dilatation du ventricule droit. Le ventricule gauche renferme des caillots fibrineux mous et pâles ; la valvule mitrale est louche et épaissie.

En résumé, hydrémie et ralentissement de la circulation pulmonaire par adynamie ; engorgement hypostatique amenant la bronchite capillaire et la pneumonie vésiculaire suppurée. Emphysème vésiculaire des portions antérieures par excès de fonction. Engorgement du foie et dilatation du cœur droit consécutifs à la gêne de la circulation pulmonaire.

Obs. XXXI. — Trouillaud, soldat au 86e de ligne, âgé de 23 ans, entre, le 29 juillet 1869, au service de M. Kiener, pour une fièvre typhoïde dont le décours s'effectue régulièrement. Seulement, la convalescence ne s'établit pas, et des abcès multiples aux cuisses, à la poitrine, aux bras, conduisent peu à peu au marasme le malade, qui succombe le 23 octobre, trois mois après son entrée à l'hôpital.

L'autopsie découvre des modifications très-importantes dans les différents viscères, surtout aux poumons, comme nous allons voir. Le sujet présente une maigreur squelettique; les jambes sont œdémateuses, et aux cuisses les abcès suppurent encore.

Appareil digestif. — L'estomac offre un aspect faiblement ardoisé et mamelonné vers le pylore. Vers la dernière portion de l'intestin grêle, on remarque les vestiges de l'inflammation de cinq ou six plaques qui consistent en une coloration ardoisée et une pigmentation plus intense de ces plaques, sans saillies aucunes.

Rate. — Elle a quadruplé de volume. Le tissu en est ferme, presque hépatisé, avec une certaine pigmentation des couches extérieures et épaississement des parois.

Foie. — Il est devenu globuleux. Le lobe gauche est devenu très-petit, tandis que le droit présente un aspect muscade, une consistance graisseuse et un toucher onctueux.

Reins. — Ils sont très-petits, fermes et durs. Par suite de la dégénérescence graisseuse, ils pèsent ensemble 220 grammes.

Péritoine. — Il est sclérosé dans la région du petit bassin.

Cœur — Il est petit comme un œuf de dinde, ferme et très-pointu. La valvule mitrale est très-épaissie, résistante et d'un blanc cartilagineux; de même les sigmoïdes. Le péricarde est fortement sclérosé, tout blanc, et ressemble à une aponévrose, avec plaques laiteuses en certains points.

Poumons. — C'est ici que se trouvent les modifications les plus remarquables.

Le poumon *gauche* est adhérent aux parois costales par des brides fibreuses, auxquelles participe le diaphragme et qui ont pour effet de rétrécir la hauteur de la cavité thoracique. Une fois extrait, il offre une diminution de plus d'un tiers de son volume laquelle est due elle-même à une atrophie très-avancée du lobe supérieur. Ce lobe offre des bosselures légèrement emphysémateuses et des dépressions, conséquence du retrait atrophique. A la coupe, on trouve un tissu très-serré, très-pâle, pigmenté, et surtout résistant à la pression et à la déchirure. Enfin, la plèvre qui le recouvre présente, au niveau des dépressions, des épaississements blanchâtres qui n'affectent pas le dessin en damier interlobulaire, avec quelques granulations miliaires opalines et très-dures.

Le lobe inférieur a des lobules gorgés d'un liquide écumeux et extrêmement friables, en même temps qu'une sclérose assez forte épaissit les orifices vasculaires.

Le poumon *droit* est surtout intéressant. Le lobe supérieur est atrophié, mais moins que celui du poumon gauche ; de même que lui, offre des bosselures et des dépressions, ainsi qu'un parenchyme exsangue, pigmenté et résistant. Vers la partie moyenne, on trouve une induration du volume d'une noix, qui fait une saillie très-considérable sur le tissu ambiant. A la coupe, cette tumeur se compose de plusieurs nodosités de volume et d'aspect variables. On y trouve : 1° des granulations fermes, grisâtres, allant du volume d'un grain de mil à celui d'un grain de blé ; — 2° des nodosités analogues du volume d'un petit pois ; — 3° des masses de la grosseur d'une aveline, terminées par des surfaces planes, friables et grenues, et montrant sur un fond rosé des taches rondes, miliaires, jaunes, s'amollissant au centre. — Toutes ces tumeurs sont reliées entre elles par des tractus scléreux interlobulaires. Enfin, au centre de l'agglomération, on remarque une nodosité constituée par du tissu scléreux, cicatriciel, englobant des orifices vasculaires sclérosés et blanchâtres.

Au-dessous de cette tumeur, suivant la direction de l'artère pulmonaire et allant jusqu'au bord libre du poumon, s'étend une induration atrophique formant un sillon dépressif, et se terminant en bas par une excavation qui enlève au bord du poumon environ deux centimètres carrés de surface. Cette induration recouvre deux cordons blancs très-épais qui la suivent, dans toute sa longueur. A la coupe, ces cordons sont remplis de substance puriforme qui s'écoule sous la pression; au voisinage de ces cordons, le parenchyme est atélectasié, rougeâtre, sec et atteint d'atrophie rétractile.

Le lobe inférieur du poumon droit est emphysémateux dans la partie antérieure, gorgé de liquides dans la postérieure, d'où augmentation manifeste de volume. La coupe offre un aspect bien remarquable, constitué par une carnification diffuse et irrégulière, du reste humide et très-friable. — De plus, vers la base, le parenchyme est criblé de petits abcès, dont un certain nombre, distribués par groupes d'une douzaine, sont miliaires, et se présentent sous l'aspect de granulations arrondies, jaunes, molles, avec hyperémie du tissu ambiant. — Même aspect dans les parties supérieures du lobe; seulement, ici les abcès miliaires, loin d'être en suppuration, sont fermes et demi-transparents, tout à fait analogues aux tubercules. Ils sont agminés et leur ensemble forme une petite tumeur saillante constituée par ces granulations et un parenchyme fortement congestionné.

Bronches. — Les petites bronches sont hypérémiées et pleines de pus. Dans le poumon droit, et surtout dans son lobe inférieur, le pus des petits conduits est crémeux et épais. La paroi des conduits de moyen calibre est

épaissie, blanchâtre et mollasse; quant aux dernières ramifications, leur calibre est remarquablement distendu dans tout leur parcours; en un mot, point de dilatations ampullaires, mais bronchectasie uniforme. Le pus qui les remplit provient, soit de la muqueuse, soit des foyers pneumoniques suppurés.

Le *crâne* n'a pas été ouvert.

Obs XXXII. — *Fièvre typhoïde, terminée par la mort au cinquième mois. — Pneumonie nodulaire caséeuse diffuse et pneumonie grise ulcéreuse (avec cavernes) partielle. — Pleurésie caséeeuse et fibrineuse ; épanchement sanguinolent. — Péritonite granuleuse avec épanchement sanguinolent. — Hépatite interstitielle. — Splénite tuberculeuse. — Cicatrices dothiénentériques de l'intestin grêle et du gros intestin.*

Laugeray, garde mobile de Maine-et-Loire, 23 ans, entré le 7 janvier 1871, service de M. Kiener, salle Saint-Gabriel, nº 29 (Montpellier).

Il était malade depuis 25 jours, et était envoyé par évacuation des ambulances de l'armée active. A son entrée il était en pleine fièvre typhoïde : stupeur, broncho-pneumonie, diarrhée. La stupeur se dissipa peu à peu; la diarrhée et la toux persistèrent, amenant un état progressif de marasme. Réduit à une apparence squelettique, extrêmement faible. Epuisé par une diarrhée profuse, sans sueurs, sans eschares, sans œdème, ayant toute sa connaissance jusqu'aux deux derniers jours où survint un subdélire. Il succomba le 30 avril.

Autopsie. — *Cavité abdominale. — Tube digestif.* — L'intestin grêle, ouvert sur une longueur de 3 mètres à partir de la valvule, montre au voisinage de la valvule 5 plaques déprimées et pigmentées, correspondant à des plaques de Peyer antérieurement hypertrophiées et guéries sans ulcération. Le reste de la muqueuse est pâle et ne présente d'autre ulcération qu'une saillie pisiforme ulcérée située à 2 mètres environ de la valvule et paraissant constituée par l'hypertrophie et l'ulcération d'un follicule isolé.

La muqueuse du gros intestin est hypérémiée, faiblement ardoisée, un peu épaissie. On y remarque un grand nombre de cicatrices lenticulaires ou stellaires, à bords indurés, saillants et pigmentés, correspondant à des follicules clos, ulcérés et guéris. Les cicatrices sont assez nombreuses au niveau du sphincter de l'anus, où quelques-unes d'entre elles sont imparfaitement guéries, ayant un fond livide et granuleux au lieu du fond blanchâtre et lisse que présentent les autres. A ce niveau la muqueuse est épaisse et violacée. Le sphincter, énormément dilaté, est constitué par des faisceaux de fibres lisses hypertrophiées. L'orifice de l'anus est largement béant; la muqueuse prolabée forme un bourrelet hémorrhoïdal dont le diamètre est égal à celui d'une pièce de cinq francs. Les lésions sont en rapport avec la diarrhée incoercible observée pendant les deux derniers mois de la vie.

Les ganglions mésentériques sont tous hypertrophiés, ainsi que les ganglions lombaires. Ils ont le volume d'une amande, sont aplatis, lardacés, la plupart pigmentés, d'autres rosés, présentant parfois sur la coupe quelques points jaunâtres.

Péritoine. — La cavité péritonéale renferme environ un demi-litre de sérosité sanguinolente. Le mésentère autant dans sa portion lamineuse que dans la portion qui recouvre l'intestin, est hyperémié et recouvert d'un très-fin semis granuleux, translucide, appréciable au toucher et à l'œil dans l'éclairage oblique. Le mésocolon présente la même disposition dans sa portion lamineuse. Le tissu cellulaire qui réunit les deux feuillets de cette portion est épaissi et transformé en un tissu muqueux, rosé, gélatiniforme. Les appendices de la séreuse du gros intestin sont également épaissis et gélatiniformes. Le grand epiploon, ramassé sur lui-même, forme un bourrelet cylindrique, aplati, épais de 2 centimètres, haut de 4 à 5 centimètres, attenant au colon transversal. Cette masse a une coloration rosée et ardoisée, une consistance ferme, se laisse facilement couper, et présente une section translucide, ferme et granuleuse, hyperémiée. Le péritoine qui tapisse la paroi antérieure de l'abdomen est également couvert d'un fin semis granuleux et translucide précédemment décrit. La portion qui tapisse le draphragme est recouverte d'une mince couche réticulée de fibrine; au-dessous de cette couche, la séreuse apparaît épaissie, grisâtre, parsemée de taches jaunes, arrondies et saillantes, grosses comme une tête d'épingle ou comme une lentille, semblables à des gouttes de suif (péritonite caséeuse).

Foie. — De petit volume, ferme et flasque, résistant à la section. La capsule épaissie, bleuâtre, est parsemée de taches blanchâtres, stellaires, à longs rayons, tantôt déprimées, tantôt saillantes, sous forme d'un nodule blanchâtre, gros comme une tête d'épingle. La surface de section lisse et d'un rouge sombre avec un damier péri-acineux blanchâtre, à mailles fines, présentant çà et là des petites nodosités blanches, semblables à celles de la capsule. Hépatite interstitielle avec tissu réticulé et granuleux, à cellules rondes. Atrophie des cellules hépatiques. Sclérose de la capsule de Glisson.

Rate. — Augmentée d'un tiers de son volume; le péritoine qui la recouvre est finement granuleux. La consistance de la glande est à peu près normale. La coupe montre un assez grand nombre de nodosités, grosses comme une tête d'épingle ou comme un pois, saillantes, jaunes, caséeuses, fermes ou ramollies.

Reins. Très-petits, résistant à la section, sans lésion appréciable.

Vessie. — Distendue par l'urine.

Testicules. — Petits et sains.

Cavité thoracique. — Chacune des cavités pleurales renferme environ un litre de sérosité sanguinolente. Les poumons sont adhérents au diaphragme, faiblement adhérents à la paroi thoracique au niveau de leur sommet et le

long de la gouttière. L'épanchement comprime la face antérieure, la face postérieure et la face latérale, surtout les lobes inférieurs. Les deux feuillets de la plèvre sont recouverts d'une couche de fibrine, tassée, réticulée, qu'on peut détacher assez facilement; au-dessous, la séreuse dépolie, vivement hyperémiée par places, épaissie et grisâtre, parsemée de taches jaunes, arrondies, faiblement saillantes, grosses comme une tête d'épingle ou une lentille. A la face antérieure du lobe supérieur gauche, l'une de ces taches est grande comme une pièce d'un franc; le tissu en est ramolli et présente une déchirure (peut-être artificielle), communiquant avec une excavation pulmonaire à paroi caséeuse.

Poumons. — Diminués de volume par la compression de l'épanchement, surtout dans leurs lobes inférieurs, emprisonnés dans une coque par la plèvre viscérale épaissie. Généralement flasques, surtout dans leurs lobes inférieurs, ils ont une consistance de carnification moyenne; la palpation reconnaît dans leur épaisseur un grand nombre de modosités indurées de divers volumes, et, à la partie postérieure du lobe supérieur droit, une masse hépatisée occupant environ un cinquième du volume du lobe. Les poumons se laissent difficilement couper, en raison de leur flaccidité et de l'hypertrophie du tissu interstitiel. Le poumon gauche montre à la coupe un grand nombre de nodosités, dont les plus grosses, au nombre de trois, ont le volume d'une petite noix et occupent le sommet. Les grosses nodosités montrent une partie centrale caséeuse plus ou moins ramollie, du volume d'une noisette, et une partie périphérique constituée par l'agglomération de nodules fermes, gros comme des têtes d'épingle ou des grains de chènevis, grisâtres, jaunes à leur centre. Le parenchyme pulmonaire qui entoure immédiatement ces nodules est fortement congestionné et carnifié. Les nodosités plus petites, ordinairement isolées, variant d'une tête d'épingle à celui d'un pois, sont éparses dans toute l'étendue du poumon; elles sont arrondies, saillantes, jaunes, et plus ou moins fermes. Le parenchyme pulmonaire est vivement hypérémié, carnifié et lisse par places, traversé dans le lobe supérieur de tractus blanchâtres, correspondant aux cloisons interlobulaires et aux gaînes vasculaires épaissies. Le poumon droit présente toutes les altérations décrites pour son congénère. De plus, à la partie postérieure de son lobe supérieur, une masse hyaline occupe environ un cinquième du volume de ce lobe. La coupe montre à ce niveau une hépatisation grise, ulcéreuse, pâle, humide, extrêmement friable, creusée d'excavations multiples, anfractueuses, communiquant les unes avec les autres; plusieurs excavations sont limitées par une coque mince, grisâtre, lisse, friable, qui les sépare du parenchyme gris-rosé; d'autres sont creusées dans un tissu caséeux très-mou.

Bronches. — De petit calibre. Muqueuse hyperémie; paroi non épaissie ni indurée, remplie de muco-pus très-épais et visqueux.

En poursuivant la dissection des bronches, on reconnaît que leur paroi a

été fréquemment le point de départ de formation tuberculeuse. Les nodules entourent la bronche, qui, à leur niveau, est en voie de transformation caséeuse jusqu'à la muqueuse (plaques exulcérées, à fond jaunâtre, friable; la couche superficielle enlevée par le râclage est composée par des cellules vibratiles et catarrhales granulo-graisseuses).

Ganglions.— Les ganglions du médiastin présentent une masse postérieure du volume d'une petite pomme résultant de l'agglomération de ganglions hypertrophiés, d'une consistance lardacée, très roses et brillants à la coupe, parsemée, surtout à la périphérie de nodules jaunissants. Une autre masse antérieure, de même volume que la précédente, est constituée par l'agglomération de ganglions caséeux, ramollis. La partie centrale, puriforme, est emprisonnée dans une coque scléreuse, inégalement épaisse. Cette masse, adhérente à la bronche droite et à la veine supérieure, paraissait comprimer ces conduits sans en avoir perforé les parois. Elle se continuait avec une chaîne de ganglions cervicaux hypertrophiés et caséeux.

Cœurs. — Plusieurs onces de sérosité sanguinolente dans le péricarde. Cœur extrêmement petit, atrophié, gros comme le poing d'un nouveau-né, à parois fermes. Pas de plaques laiteuses.

CHAPITRE VIII

Nous venons de passer en revue les *formes cliniques de la tuberculose miliaire du poumon*, formes que nous avons établies en nous basant sur la transformation ou la non-transformation du tubercule, sur la prédominance de l'état général ou de l'état local, et dans ce dernier cas, nous avons demandé nos subdivisions principalement à la présence ou à l'absence d'un élément important, l'élément congestif ou inflammatoire.

Il nous semble que de cette étude résultent certaines indications thérapeutiques qui dépendent, soit de la nature de la maladie, soit d'éléments surajoutés, soit du malade. Nous les formulerons sans nous y étendre.

Évidemment, c'est contre la maladie première, c'est contre la diathèse tuberculeuse qu'il faudrait agir ; mais malheureusement à moins de s'y prendre de fort bonne heure, et de pouvoir recourir plutôt à l'hygiène qu'à la thérapeutique, les moyens que nous avons contre elle sont frappés d'impuissance.

Devons-nous désespérer, je ne le pense pas. La nature nous indique peut-être le but vers lequel doivent porter nos efforts ; pourquoi dans certains cas, le tubercule tend-il vers cette heureuse évolution, l'évolution fibreuse ; pourquoi dans d'autres, tend-il vers l'ulcération ? Telle est une question qui se pose actuellement au médecin et plus particulièrement peut-être à l'anatomo-pathologiste. Or, devant les progrès réalisés, peut-on douter que, dégagée des subtilités d'outre-Rhin et suivant la voie féconde que lui a ouverte depuis quelques années, la grande école française, l'anatomie pathologique vienne, elle aussi, apporter son contingent à l'étude de l'étiologie et de la pathogénie.

L'état général, telle est une indication que le médecin ne doit pas négliger, car, à moins que le malade ne soit emporté par quelques complications, ou par le fait même d'une impuissance fonctionnelle donnant lieu à une suffocation rapide, due, soit à l'abondant développe-

ment de tubercules dans l'intérieur du poumon, soit à une congestion trop intense, les phénomènes aigus, nous l'avons vu, peuvent disparaître et la maladie suivre une évolution chronique. Le médecin doit donc mettre l'économie vivante en état de lutter autant que possible.

Enfin, il est un autre élément, source d'indications thérapeutiques importantes, c'est l'élément congestif ou inflammatoire; et, on le sait, nous avons contre lui des moyens énergiques, sur lesquels il ne m'appartient pas d'insister.
